

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
MÉLANIE TÊTREAU

LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPEUTE DANS LES SERVICES DE PREMIÈRE
LIGNE AU QUÉBEC AUPRÈS DES ENFANTS ÂGÉS DE 0-17 ANS

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement madame Noémi Cantin, ergothérapeute, pour son soutien inconditionnel, ses précieux conseils, son écoute et sa grande disponibilité tout au long des mois qui ont mené à l'aboutissement de ce projet. Je tiens également à remercier madame Audrey-Claude Benoît, ergothérapeute, pour son aide et ses démarches, ainsi que madame Céline Ayotte, ergothérapeute, pour ses précieux commentaires. Merci à tous les ergothérapeutes qui ont accepté de participer à cette étude. Merci également à ma famille, mon conjoint, mes amis et collègues, pour leur support au quotidien. Sans vous tous, ce projet ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui,

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
LISTE DE FIGURES	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vi
RÉSUMÉ	viii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	2
2.1 Les incapacités chez l'enfant	2
2.1.1 Les troubles du spectre de l'autisme	2
2.1.2 La déficience intellectuelle	3
2.1.3 Le retard global de développement	4
2.1.4 La déficience physique	4
2.2 L'organisation des services de santé à l'enfance au Québec	5
2.2.1 Les services de première ligne	5
2.2.2 Les services de deuxième ligne	6
2.2.3 Les services de troisième ligne	7
2.3 L'ergothérapie auprès des enfants	7
2.4 L'accès aux soins de santé : l'ergothérapie auprès des enfants	9
2.5 But de l'étude	10
3. CADRE CONCEPTUEL	11
3.1 Présentation du Modèle canadien du processus de pratique	11
4. MÉTHODE	13
4.1 Devis de recherche	13
4.2 Participants	13
4.2.1 Sélection	13
4.2.2 Recrutement	13
4.3 Collecte des données	13
4.4 Traitement et analyse des données	14
4.5 Implications éthiques	14
5. RÉSULTATS	16
5.1 Participants	16
5.1.1 Provenance et expérience professionnelle	16

5.1.2 Mandat et rôle	17
5.1.3 Critères d'admissibilité aux services d'ergothérapie	18
5.1.4 Horaire et charge de travail	19
5.1.5 Fréquence des rencontres et durée du suivi	21
5.1.6 Les listes d'attente	22
5.2 Clients	23
5.2.1 Description de la clientèle selon l'âge	23
5.2.2 Les sources de référence	24
5.2.3 Les hypothèses diagnostiques	25
5.3 L'évaluation en ergothérapie	25
5.3.1 Le dépistage	25
5.3.2 L'évaluation : déroulement typique	26
5.3.3 L'évaluation : nombre de rencontres	27
5.3.4 L'évaluation : outils utilisés	27
5.3.5 L'évaluation : le type de milieu	28
5.4 Les interventions en ergothérapie	29
5.4.1 Les interventions : déroulement typique	29
5.4.2 Les interventions : nombre de rencontres	30
5.4.3 Les interventions : type de milieu	30
5.4.4 L'orientation du client : à quel moment ?	31
5.4.5 L'orientation du client : distinction entre les services de 1 ^{ère} et de 2 ^e ligne	32
5.4.6 L'orientation du client : l'accès aux services	32
5.4.7 Un manque de services en ergothérapie ?	33
6. DISCUSSION	34
6.1.1 MCPP : Initier et établir le contact, établir les balises	34
6.1.2 MCPP : Évaluer et analyser, mettre en œuvre un plan	36
6.2 Forces et les limites de l'étude	38
7. CONCLUSION	40
RÉFÉRENCES	42
ANNEXE A AUTORISATION DES AUTEURS POUR REPRODUIRE LE MCPP	46
ANNEXE B QUESTIONNAIRE	47
ANNEXE C OUTILS D'ÉVALUATIONS UTILISÉS PAR LES PARTICIPANTS	50

LISTE DE FIGURES

Figure 1. Modèle canadien du processus de pratique.....	12
Figure 2. Répartition des participants selon les régions administratives du Québec.	16
Figure 3. Nombre d'années d'expérience des participants auprès de la clientèle enfant.	17
Figure 4. Charge de travail des participants.	19
Figure 5. Nombre de clients rencontrés en moyenne quotidiennement par les participants.	20
Figure 6. Kilométrage mensuel effectué en se déplaçant dans le milieu de vie du client.	20
Figure 7. Fréquence des rencontres des participants avec les clients.	21
Figure 8. Durée moyenne d'un suivi en ergothérapie.	21
Figure 9. Nombre d'enfants présents sur la liste d'attente en ergothérapie.....	22
Figure 10. Temps d'attente moyen pour l'enfant avant le début des services en ergothérapie.	22
Figure 11. Âge minimal des clients vus en ergothérapie.....	23
Figure 12. Âge maximal des clients vus en ergothérapie.	24
Figure 13. Tranche d'âge représentant la majorité de la clientèle.	24
Figure 14. Référents des demandes de service en ergothérapie.	25
Figure 15. Outils et contexte de dépistage.....	26
Figure 16. Nombre moyen de rencontres d'évaluation par client.	27
Figure 17. Outils d'évaluation utilisés par les participants	28
Figure 18. Proportion des évaluations réalisées dans le milieu naturel du client.	28
Figure 19. Type de milieu naturel dans lequel se déroule l'évaluation de l'enfant.	29

Figure 20. Nombre moyen de rencontres d'intervention par client.	30
Figure 21. Proportion des interventions faites dans le milieu naturel du client.	31
Figure 22. Type de milieu naturel dans lequel se déroulent les interventions.	31

LISTE DES ABRÉVIATIONS

<i>ADOS</i>	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule</i>
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
<i>APA</i>	<i>American Psychiatric Association</i>
<i>ASQ</i>	<i>Ages & Stages Questionnaires</i>
<i>BOT-2</i>	<i>Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency</i>
CEREH	Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains
CRDP	Centres de réadaptation en déficience physique
CRDITED	Centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
CSSS	Centres de santé et des services sociaux
<i>DSM-V</i>	<i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition</i>
ISQ	Institut de la statistique du Québec
<i>M-CHAT</i>	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
MCPP	Modèle canadien du processus de pratique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
<i>PEDS</i>	<i>Parents' Evaluations of Developmental Status</i>
<i>PDMS-2</i>	<i>Peabody Developmental Motor Scales</i>
TSA	Troubles du spectre de l'autisme

VMI-Beery Beery Visual Motor Integration

RÉSUMÉ

Problématique : Au Québec, près de 37 000 enfants vivent avec une incapacité (ISQ, 2010) attribuable à différents diagnostics (Bouchard, Cloutier, Gascon, Gasse et Tétreault, 2009). Afin de répondre aux besoins vécus par l'enfant et sa famille, les services de santé et les services sociaux du Québec sont organisés hiérarchiquement en trois paliers d'accès et sont offerts dans des établissements à vocations diverses (MSSS, 2004). Différents professionnels de la santé y travaillent, dont les ergothérapeutes qui sont appelés à intervenir auprès des enfants vivant des défis occupationnels au quotidien (OEQ, 2013). Lors d'une étude réalisée en 2003 (Cotelleso, Mazer et Majnemer, 2009), il apparaissait que leur présence dans les services de première ligne au Québec était peu répandue. Un faible nombre d'ergothérapeutes œuvrant auprès de ces enfants sous-entend que peu de services sont offerts et que le principe d'accessibilité aux services de santé prôné par la loi canadienne sur la santé est potentiellement compromis (Gouvernement du Canada, 2014). **Objectifs :** Le but de cette étude est de décrire la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec auprès d'enfants âgés de 0 à 17 ans. Plus précisément, la pratique des ergothérapeutes dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sera décrite. **Cadre conceptuel :** Afin de guider la rédaction de ce projet, le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) sera utilisé (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). **Méthode :** S'inscrivant dans un devis de recherche descriptif qualitatif, la sélection des participants vise une population composée d'ergothérapeutes travaillant dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants. La méthode d'échantillonnage utilisée est non probabiliste par réseau. Les participants ont été recrutés grâce à un contact membre de leur regroupement professionnel afin de faciliter la sollicitation par courriel électronique, suite à l'obtention d'un certificat d'éthique. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne sur la plateforme *Survey Monkey* comprenant 32 questions de types variés. Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide d'une catégorisation des résultats menant à la production de diagrammes sectoriels ou d'histogrammes, ou à l'aide d'une analyse de contenu. **Résultats :** Les données collectées ont permis de tracer un portrait détaillé de la pratique des ergothérapeutes dans les CSSS auprès des enfants, tant sur le plan de la description des facteurs et des caractéristiques propres aux ergothérapeutes que sur le plan de ceux propres aux clients. Les données recueillies ont également permis de tracer le portrait des évaluations et des interventions réalisées auprès des clients. **Discussion :** Il apparaît que le mandat des ergothérapeutes est divisé en quatre volets, soit le dépistage, l'évaluation, l'intervention et l'orientation du client. Celui-ci n'est pas uniformément appliqué à travers la province, alors que la principale problématique relevée concerne l'accès aux services d'ergothérapie. **Conclusion :** Bien que bonifiée depuis 2003, il apparaît que la présence des ergothérapeutes dans les CSSS auprès de la clientèle enfant est encore insuffisante afin de répondre aux besoins vécus par l'enfant et par sa famille selon la majorité des participants.

Mots clés : Ergothérapie, pratique, enfant, Centre de santé et de services sociaux (CSSS)

Key words : *Occupational therapy, practice, children, Health and Social Services Centres (CSSSs)*

1. INTRODUCTION

Au Québec, les incapacités touchent près de 10% de la population (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2010). Parmi la population vivant avec des incapacités, près du tiers sont des enfants. Selon les incapacités présentes chez l'enfant et les besoins particuliers vécus au quotidien, différents services de santé et services sociaux sont offerts dans les établissements régis par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (MSSS, 2013). Parmi les professionnels de la santé qui y œuvrent, on y retrouve les ergothérapeutes. L'ergothérapeute intervient auprès des enfants dans le but de favoriser leur performance occupationnelle en tenant compte des facteurs qui influencent leurs occupations, leur environnement et les dimensions de leur personne (Cantin et Polatajko, 2013).

Adoptée en 1984, la loi canadienne sur la santé vise à régir le système de santé canadien selon cinq principes (Gouvernement du Canada, 2014). Parmi ceux-ci, on retrouve l'accessibilité aux soins de santé. Suite à une étude réalisée par Cotelleso, Mazer et Majnemer (2009) qui révélait que les services des ergothérapeutes à l'enfance au Québec étaient peu répandus dans les Centres de santé et des services sociaux (CSSS), il apparaît pertinent de se questionner sur les services actuellement délivrés par les ergothérapeutes auprès de cette clientèle. La présente étude vise donc à décrire la pratique de l'ergothérapeute dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans.

En premier lieu, la problématique liée à l'objectif de recherche sera présentée afin de bien cerner le contexte et justifier la pertinence de cette étude. Par la suite, le cadre conceptuel qui soutient la rédaction de ce projet sera détaillé et expliqué. Une description précise de la méthode suivie pour réaliser l'étude sera effectuée dans la section suivante. Ensuite, la présentation des résultats obtenus sera réalisée. Finalement, une discussion sur les points marquants de l'étude complètera ce projet, suivie par la conclusion de ce document.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 Les incapacités chez l'enfant

Selon une enquête menée par l'ISQ (2010), environ 10 % des Québécois vivent avec une incapacité, ce qui représente 768 140 personnes. Parmi ces personnes, 3 % sont des enfants âgés de moins de 15 ans, soit environ 36 980 enfants. Le taux d'incidence de l'incapacité chez l'enfant est en hausse depuis 2001, étant passé de 2,1 % à 3 % en seulement cinq ans. Telles que présentées dans l'étude de Gascon, Tétreault, Cloutier, Gasse, et Bouchard (2009), ces incapacités peuvent être attribuées à différentes problématiques rencontrées chez l'enfant, par exemple les troubles du spectre de l'autisme (TSA), la déficience intellectuelle, le retard global de développement ou la déficience physique.

2.1.1 Les troubles du spectre de l'autisme

Touchant 1 % de la population québécoise (Fédération québécoise de l'autisme, 2014), les TSA sont diagnostiqués chez l'enfant lorsque celui-ci répond à cinq critères diagnostiques spécifiques, tels que relevés dans le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)* (American Psychiatric Association, 2013). Tout d'abord, le premier critère précise que l'enfant doit présenter, actuellement ou par le passé, un déficit persistant de la communication et des interactions sociales dans des contextes multiples. Ce déficit peut se manifester de trois façons possibles, soit sous la forme d'un déficit de la réciprocité sociale et émotionnelle, d'un déficit dans les comportements de la communication non verbale ou d'un déficit dans le développement, le maintien et la compréhension des relations avec les autres. Le second critère diagnostique relevé correspond à un caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts et activités, lequel se manifeste chez l'enfant, actuellement ou par le passé. Ce caractère restreint et répétitif doit s'illustrer à travers un minimum de deux catégories sur les quatre qui sont relevées dans les critères diagnostiques, soit :

- 1) la présence d'un caractère stéréotypé et répétitif, sur le plan des mouvements moteurs, de l'utilisation des objets ou du langage;
- 2) une insistance sur la similitude et/ou une adhérence inflexible à des routines ou à des rituels de comportements verbaux ou non verbaux;
- 3) une fixation sur des intérêts très limités qualifiée d'anormale sur le plan de leur centralité ou de leur intensité;

- 4) une hypersensibilité/ hyposensibilité en réponse à des stimuli sensoriels ou un intérêt inhabituel pour des aspects sensoriels de l'environnement.

Le troisième critère diagnostique stipule que les symptômes relevés chez l'enfant doivent être présents dès la période de la petite enfance. Toutefois, il peut arriver que la manifestation des symptômes ne soit pleinement apparente qu'à partir du moment où les demandes sociales surpasseront les capacités limitées de la personne. De plus, ces mêmes manifestations peuvent être possiblement masquées au fil du temps à travers différentes stratégies apprises par la personne. Le quatrième critère diagnostique est rencontré lorsque les symptômes causent des difficultés cliniquement significatives dans le fonctionnement social, occupationnel ou dans tout autre domaine important du fonctionnement quotidien chez l'enfant. Finalement, le cinquième et dernier critère diagnostique des TSA stipule que les perturbations vécues par l'enfant ne doivent pas être mieux expliquées par une déficience intellectuelle ou un retard global de développement.

2.1.2 La déficience intellectuelle

Touchant environ 1% de la population générale, la déficience intellectuelle est un trouble neurodéveloppemental diagnostiqué chez l'enfant lorsque celui-ci répond à trois critères diagnostiques spécifiques, tels que relevés dans le *DSM-5* (APA, 2013). Tout d'abord, l'enfant doit présenter un déficit des fonctions intellectuelles telles que le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage académique et l'apprentissage par expérience. Afin d'être reconnu, ce déficit doit être confirmé par l'évaluation clinique de l'enfant et par la passation de tests d'intelligence normalisés et individualisés. Le second critère diagnostique stipule que l'enfant doit également présenter un déficit du fonctionnement adaptatif s'illustrant par un non-respect des normes développementales et socioculturelles attendues pour un enfant de cet âge et un déficit touchant également le niveau d'indépendance et de responsabilité sociale. Ce déficit s'illustre de façon à ce que, sans la présence d'un soutien continu, il limite le fonctionnement de l'enfant dans une ou plusieurs activités de sa vie quotidienne telles que la communication, la participation sociale et la vie autonome, à travers différents milieux de vie comme l'école, le domicile, le travail ou la communauté. Finalement, le troisième critère diagnostique énonce que les déficits intellectuels et adaptatifs doivent apparaître durant la petite enfance.

2.1.3 Le retard global de développement

Tel que répertorié dans le *DSM-5* (APA, 2013), le retard global de développement est un trouble neurodéveloppemental diagnostiqué chez l'enfant de moins de cinq ans. Ce diagnostic est posé lorsque le niveau de gravité clinique des incapacités ne peut être évalué de façon fiable durant la période de la petite enfance. Cliniquement, l'enfant doit présenter une évolution qui ne correspond pas aux stades de développement attendus pour son âge et cela dans plusieurs domaines du fonctionnement. De plus, il doit être impossible de le soumettre à des évaluations standardisées du fonctionnement, soit en raison de son incapacité à y participer, ou soit en raison de son trop jeune âge. Lorsqu'un diagnostic de retard global de développement est posé, une réévaluation doit obligatoirement être effectuée après un certain laps de temps. Les déficits qui en découlent entraînent des incapacités sur le fonctionnement personnel, social et académique.

2.1.4 La déficience physique

Au Québec, 10% des gens vivent avec une incapacité, dont certains en raison d'une déficience physique (ISQ, 2010). La déficience physique est caractérisée par une atteinte de l'audition, de la vision, du langage et de la parole ou de la motricité pouvant être de naissance ou non (MSSS, 2014).

Lorsqu'un enfant est atteint d'une déficience auditive, il présente des incapacités significatives et persistantes sur le plan de la discrimination auditive et de l'acuité auditive (MSSS, 2014). L'enfant est donc limité dans sa capacité à percevoir un stimulus sonore, ce qui peut favoriser la rencontre d'obstacles dans sa vie quotidienne. Ces incapacités risquent de nuire à son développement, particulièrement en ce qui a trait à l'émergence du langage, en plus d'altérer sa capacité à communiquer avec son entourage. De ce fait, sa participation sociale risque d'être restreinte, tant sur les plans familiaux, scolaires ou sociaux. Lorsqu'un enfant est atteint d'une déficience du langage et de la parole, il présente des incapacités significatives et persistantes sur le plan de la communication. Celles-ci peuvent l'amener à vivre des situations de handicap pouvant également restreindre sa participation sociale, notamment sur le plan des relations interpersonnelles.

Lorsqu'un enfant est atteint d'une déficience motrice, il présente des troubles ou des séquelles sur le plan neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur (MSSS, 2014). La déficience motrice entraîne des incapacités significatives et persistantes chez l'enfant sur le plan moteur et neurologique, qui risquent également de restreindre sa participation sociale en rendant difficiles des activités quotidiennes telles que le sport, ou simplement le fait de se tenir assis sans aide sur sa chaise en classe.

Lorsqu'un enfant présente une déficience visuelle, son acuité visuelle ou son champ de vision est altéré de façon à ce que les incapacités significatives et persistantes qui en découlent risquent de restreindre sa participation sociale (MSSS, 2014). Par exemple, au quotidien, l'enfant est susceptible de ne pas être en mesure de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement qui ne lui est pas familier (Drolet et Lauzon, 2000). Que l'enfant soit atteint d'une seule forme et/ou de plusieurs formes de déficience physique, ce type de déficience est permanent et peut mener à différentes difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et des différents rôles sociaux (MSSS, 2014).

2.2 L'organisation des services de santé à l'enfance au Québec

Selon les incapacités rencontrées chez l'enfant et les besoins particuliers qui en découlent, différents services sont offerts par les services de santé publique du Québec (MSSS, 2013). Sous la direction du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, près de 300 établissements offrent des services dans plus de 1700 points de services à travers l'ensemble de la province (MSSS, 2008). Les établissements sont regroupés en services de première, deuxième et troisième ligne.

2.2.1 Les services de première ligne

Les 95 CSSS sont répartis à travers les 17 régions administratives du Québec. Les CSSS offrent, en grande partie, les services dits de première ligne, ainsi que les services médicaux et sociaux définis comme étant généraux. Étant la porte d'entrée des services, les CSSS doivent offrir un accès généralement direct, permettant un recours simple aux services. Les CSSS font partie du premier niveau d'accès des services de santé et des services sociaux et sont destinés à la population en général ainsi qu'à des personnes ayant des besoins particuliers.

Les services de première ligne visent à répondre à des problématiques de santé ou à des problématiques sociales courantes et variées. Aussi, le point de service est habituellement situé près des milieux de vie des clients qui y ont recours. Les intervenants œuvrant dans les services de première ligne bénéficient d'infrastructures et de technologies légères, ce qui correspond aux besoins liés aux problématiques traitées (MSSS, 2004). Parmi la variété de services offerts à l'enfant et à sa famille dans les CSSS, la prévention, le dépistage, l'intervention et l'orientation ont pour but de répondre, entre autres, aux retards de développement relevés chez certains enfants (MSSS, 2008).

2.2.2 Les services de deuxième ligne

Les services de deuxième ligne sont répartis entre les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP), les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) et les centres jeunesse (CJ). Les services offerts passent de généraux à spécialisés et leur accès est habituellement disponible grâce à une référence d'un professionnel. Situés sur le deuxième niveau d'accès, ils s'adressent aux gens vivant des problèmes de santé et des problèmes sociaux plus complexes, mais tout de même répandus dans la population. Les services de deuxième ligne visent à compléter les services offerts en première ligne et leur but est de traiter les problèmes vécus à l'aide d'infrastructures davantage élaborées et de technologies plus avancées, mais tout de même courantes (MSSS, 2004). Les CRDP offrent une partie des services de deuxième ligne à travers 21 établissements répartis en 108 points de services (Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AÉRDQP), 2014). Les services offerts à l'enfant et à sa famille dans les CRDP sont des services de santé et des services sociaux spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale, de soutien et d'accompagnement pour les personnes vivant avec des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience physique auditive, visuelle, du langage ou de la parole, ou motrice (AÉRDQP, 2014; MSSS, 2013). Les CRDITED offrent également une partie des services de deuxième ligne à travers 20 établissements dispersés dans la province (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, 2014). Les services offerts à l'enfant et à sa famille dans les CRDITED sont spécialisés afin de répondre aux besoins spécifiques vécus par les enfants atteints d'une

déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement et par leurs proches (MSSS, 2013). Des services d'adaptation et de réadaptation sont donc offerts lorsque l'enfant vit des difficultés au quotidien ou nécessite de l'aide afin de développer son potentiel, de s'adapter aux exigences de la vie quotidienne ou de s'intégrer et de participer dans la société (Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, 2014). Les CJ, recensés au nombre d'un par région administrative, offrent également une partie des services de deuxième ligne (Association des centres jeunesse du Québec, 2010). Les services offerts à l'enfant et à sa famille dans les CJ sont des services sociaux visant, entre autres, à surmonter les problèmes de développement, de comportement ou d'adaptation sociale (MSSS, 2013).

2.2.3 Les services de troisième ligne

Offerts sur une base nationale dans un nombre d'endroits restreints tels que certains centres de réadaptation, centres hospitaliers, centres hospitaliers affiliés, centres hospitaliers universitaires et centres jeunesse, les services de troisième ligne sont définis comme étant surspécialisés (Gouvernement du Québec, 2014; MSSS, 2004). Accessibles habituellement sur référence d'un professionnel, ils sont situés sur le dernier niveau d'accès et visent à soutenir les deux niveaux précédents. Leur but est de traiter les problèmes de santé et les problèmes sociaux très complexes qui touchent une minorité de personnes. L'expertise des intervenants qui y œuvrent est très spécialisée, ceux-ci disposant d'équipement et de technologies très avancées (MSSS, 2004). Parmi les services offerts à l'enfant et à sa famille, on retrouve des services de diagnostic et de traitement pour les personnes vivant des problématiques très complexes qui ne peuvent être résolues en deuxième ligne, des évaluations fonctionnelles des besoins et des références qui en découlent, ainsi que des services surspécialisés de réadaptation et d'intégration sociale offerts en concertation avec l'établissement de réadaptation de deuxième ligne auquel la personne est attachée (MSSS, 2004).

2.3 L'ergothérapie auprès des enfants

Au Québec, l'ergothérapeute fait partie des professionnels de la santé qui interviennent auprès des enfants. Les services d'ergothérapie offerts à cette clientèle sont disponibles tant au niveau des services de première ligne, soit dans les CSSS, qu'au niveau des services de deuxième ligne ou de troisième ligne, soit dans les CRDP et les CRDITED (MSSS, 2004). De

plus, l'implantation des ergothérapeutes dans le milieu scolaire est en émergence dans certaines écoles (OEQ, 2009) et le parent a également l'option de choisir de consulter directement l'ergothérapeute dans le domaine de la pratique privée (MSSS, 2004).

Pratiquant l'art et la science de l'habilitation inhérents à l'ergothérapie, l'ergothérapeute promeut l'engagement de la personne dans la vie quotidienne à travers la réalisation des occupations. Par ce fait, il favorise leur santé ainsi que leur bien-être grâce à l'accomplissement des occupations significatives. De plus, l'ergothérapeute habilite les membres de la société afin que cette dernière soit juste et inclusive. L'ergothérapeute vise l'atteinte de ces objectifs afin que chacun puisse s'engager dans les activités de la vie quotidienne, à la mesure de son potentiel (Townsend et coll, 2013). Bien que différentes de celles d'un adulte, les occupations d'un enfant suivent tout de même une trame de fond semblable, en lien avec la vie quotidienne. Par exemple, afin de prendre soin de lui-même l'enfant s'habillera, réalisera son hygiène ou s'alimentera et il se développera à travers la réalisation de différents types de jeux, tout en se divertissant dans le cadre de loisirs (Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), 2013). Bien que le développement de l'enfant se réalise à travers différentes séquences somme toute régulières selon son âge, le développement de chacun reste toutefois personnalisé et lui est propre. Les acquisitions que fera l'enfant au fil du temps dépendent de plusieurs facteurs tels que le potentiel génétique, la personnalité, les intérêts, ainsi que les différentes opportunités d'expériences occupationnelles qui lui sont offertes dans son environnement (OEQ, 2012). L'objectif ultime visé par les ergothérapeutes intervenant auprès des enfants est donc de favoriser leur rendement occupationnelle en tenant compte des facteurs qui influencent leur personne, leur environnement et leurs occupations (Cantin et Polatajko, 2013).

En tant que professionnel de la santé, l'ergothérapeute évalue l'enfant à l'aide d'observations lors de mises en situation, d'entrevues avec les parents et les intervenants significatifs, comme l'éducatrice ou l'enseignant, ainsi qu'à l'aide de tests standardisés. Centré sur la réalisation des différentes activités en lien avec son âge, l'ergothérapeute oriente ses évaluations et ses interventions sur les occupations, afin de bien cerner les difficultés vécues par l'enfant. À travers celles-ci, l'ergothérapeute évaluera entre autres le développement des différentes habiletés de l'enfant afin d'intervenir dans le but de favoriser le développement

global de l'enfant (OEQ, 2012). À l'aide de son expertise, l'ergothérapeute peut habiliter l'enfant à s'engager pleinement dans ses occupations, en se concentrant sur les interactions entre l'enfant lui-même, ses occupations et son environnement. Ayant un long historique de travail auprès des enfants vivant avec des incapacités, l'ergothérapeute joue un rôle vital dans les équipes d'interventions précoces afin d'offrir des services tant dans le milieu hospitalier, dans le milieu communautaire, dans le milieu scolaire ou dans le milieu de vie de l'enfant (Case-Smith, 2013).

2.4 L'accès aux soins de santé : l'ergothérapie auprès des enfants

Adoptée en 1984, la loi canadienne sur la santé prône cinq principes régissant le système de santé canadien (Gouvernement du Canada, 2014). Le premier principe, l'universalité des soins de santé, fait en sorte que chaque résident du pays a droit à des services de santé publique universels répondant au régime d'assurance auquel il prend part, soit dans le cas d'un Québécois, à l'assurance maladie du Québec, et ce, de façon uniforme et égalitaire. Le second principe, la gestion publique des soins de santé, stipule que la gestion du régime d'assurance-santé de la province doit être assurée par une autorité publique découlant du gouvernement provincial, sans but lucratif. Le troisième principe, l'accessibilité des soins de santé, fait en sorte qu'aucun obstacle, de nature financière ou autre, ne doit nuire à l'accès satisfaisant des résidents du pays aux services de santé requis par leur condition. Le quatrième principe, la transférabilité des soins de santé, implique que toute personne couverte par l'assurance maladie de sa province est également assurée lorsque des frais sont encourus pour des services de santé à l'extérieur de la province ou à l'extérieur du pays, dans le cadre d'un voyage ou d'un déménagement. Finalement, le cinquième principe, l'intégralité des soins de santé, fait en sorte que l'ensemble des services de santé qui sont dispensés par les hôpitaux, les médecins et les dentistes doivent être couverts par le régime d'assurance provinciale.

Globalement, la loi canadienne sur la santé a comme objectif premier de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et le bien-être mental des habitants du pays, en plus de favoriser un accès universel aux services de santé, tout en tâchant de réduire les obstacles qui pourraient l'entraver. Afin d'atteindre cet objectif, il est notamment nécessaire que les gens aient accès à un nombre suffisant de professionnels, tels que les ergothérapeutes,

pour qu'il y ait réponse à leur besoin (Goulet, 2012). En 2003, une étude démontrait que parmi les ergothérapeutes travaillant dans les CSSS, très peu offraient des services à la clientèle enfant (Cotellesso, Mazer et Majnemer, 2009). En effet, 5% d'entre eux offraient de tels services à raison d'une journée par semaine ou plus, alors que 81% d'entre eux accordaient seulement 20 minutes ou moins de ces services par semaine. De plus, cette étude rapporte que plusieurs CSSS (11%) n'ont même pas accès aux services d'un ergothérapeute à l'enfance. Si l'accès aux services de deuxième et troisième ligne repose sur les évaluations de la première ligne, et que la première ligne n'a pas le personnel ergothérapique nécessaire pour les réaliser, il est fort à penser que les enfants et les familles aux prises avec des problématiques diverses n'ont ainsi pas accès aux services dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin.

2.5 But de l'étude

Cette étude a pour but de décrire la pratique de l'ergothérapeute dans les services de première ligne au Québec, plus précisément en CSSS auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans. L'élaboration du portrait de cette pratique est donc l'objectif principal ciblé dans ce projet.

3. CADRE CONCEPTUEL

La pratique de l'ergothérapeute dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans sera décrite en se basant sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). L'utilisation du MCP comme cadre conceptuel permettra d'organiser la description de la pratique de l'ergothérapeute à travers les différentes étapes du processus présentées dans ce modèle, afin de répondre à l'objectif visé par cette étude.

3.1 Présentation du Modèle canadien du processus de pratique

Le MCP (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013) illustre le processus de l'habilitation de l'occupation en se basant sur l'analyse des données probantes et en se centrant sur le client. Pouvant être employé tant sur le plan individuel que populationnel, le MCP s'adapte à différents contextes de pratique. Lorsque représenté graphiquement, le MCP permet d'illustrer l'échange entre le client et l'ergothérapeute, selon le contexte. Ceux-ci représentant les principaux agents de ce modèle qualifié de réciproque et de dynamique. Agissant en tant que guide, le MCP accompagne l'ergothérapeute à travers le processus de sa pratique en le centrant sur l'occupation.

Le processus de la pratique compte quatre éléments distincts, dont trois relèvent du contexte et le quatrième, du processus. Sur le plan contextuel, on retrouve tout d'abord le contexte sociétal, représenté par le cadre extérieur, puisqu'il est omniprésent tout au long du processus de pratique. Différents éléments sont compris dans le contexte sociétal, dont les éléments sociaux tels que le soutien des pairs ou des ressources communautaires, les éléments institutionnels tels que le système de soins de santé ou les procédures d'un milieu de travail, les éléments culturels tels que la culture au sein d'une profession ou les habitudes d'un groupe culturel, ainsi que les éléments physiques tels que l'environnement naturel et les technologies. De ce fait, faisant initialement partie d'un contexte sociétal en tant que citoyen, l'ergothérapeute et les clients ont des valeurs, croyances et capacités propres à eux-mêmes qui entrent en jeu dans ce contexte. Par la suite, le contexte de la pratique est illustré par un cadre intérieur inséré dans le contexte sociétal, alors que ces deux contextes s'influencent mutuellement l'un et l'autre. Le contexte de pratique comprend les différents facteurs pouvant

influencer la relation entre le client et l'ergothérapeute, soit les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, comme l'éthique professionnelle du thérapeute et le point de vue du client par rapport à son rôle dans le processus thérapeutique. Le dernier élément contextuel est la présence des schèmes de référence, illustrés par un grand cercle noir à l'intérieur du contexte de la pratique. Les schèmes de référence contiennent les théories, les construits et les concepts amenés par l'ergothérapeute à travers sa relation avec le client (Craik, Davis et Polatajko, 2013). Ces schèmes de référence détermineront de quelle façon les défis occupationnels ou les difficultés vécues seront perçus et évoqués, tant de la part de l'ergothérapeute que de la part du client (Mosey, 1986).

Mis en commun, l'ensemble des éléments contextuels s'insèrent dans le processus de la pratique, tout au long des différents points d'actions. Ces points d'actions se subdivisent en huit étapes pendant lesquelles une décision doit être prise ou une action doit être posée, soit : 1) initier et établir le contact; 2) établir les balises; 3) évaluer et analyser; 4) convenir des objectifs et du plan; 5) mettre en œuvre un plan; 6) faire le suivi; 7) évaluer le résultat; 8) conclure et mettre fin. La Figure 1 permet de compléter la présentation du MCPP. L'autorisation des auteurs pour reproduire cette figure est placée en annexe.

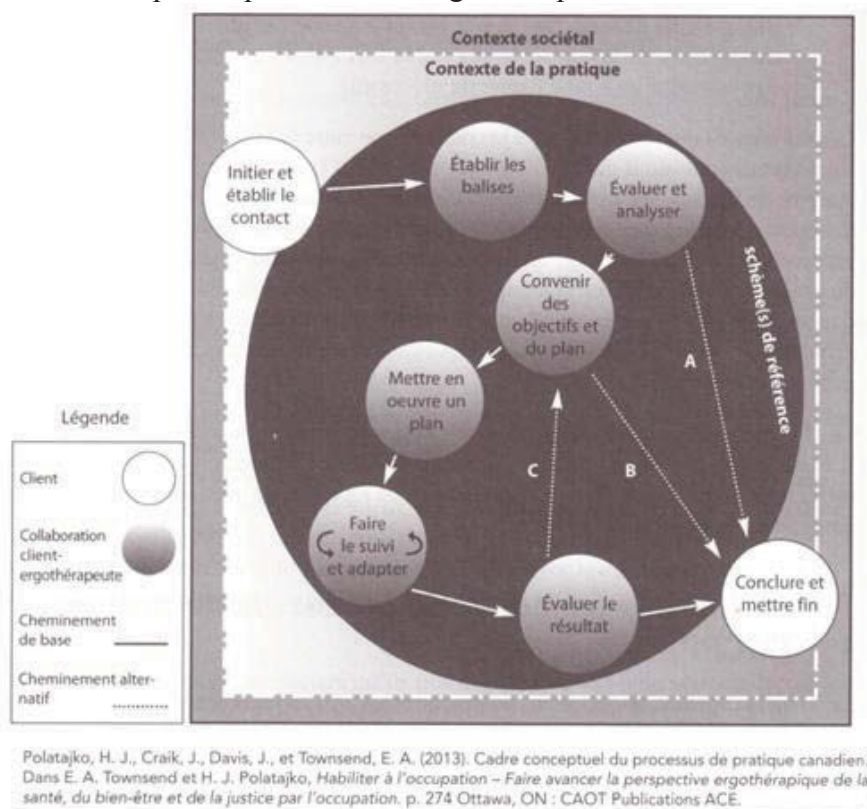


Figure 1. Modèle canadien du processus de pratique.

4. MÉTHODE

4.1 Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé dans cette étude est un devis descriptif qualitatif. Le choix d'un devis de type descriptif s'applique bien à cette étude, qui vise à décrire la pratique des ergothérapeutes en documentant leurs caractéristiques ainsi que les éléments qui influencent leur pratique professionnelle (Fortin, 2010).

4.2 Participants

4.2.1 Critères de sélection

La population visée par cette étude est composée d'ergothérapeutes travaillant dans les services de première ligne au Québec, auprès de la clientèle enfant. Les critères d'inclusion comprennent donc de travailler dans un CSSS auprès d'une clientèle enfant, d'avoir une expérience avec cette clientèle de six mois minimum, de détenir le titre d'ergothérapeute et de s'exprimer en langue française. Aucun critère d'exclusion n'a été établi. La méthode d'échantillonnage utilisée afin de sélectionner les participants est non probabiliste par réseau.

4.2.2 Recrutement

Les ergothérapeutes travaillant avec la clientèle enfant dans les CSSS se regroupent à intervalle régulier au cours de l'année. Une ergothérapeute membre de ce regroupement a donc été contactée par téléphone afin de lui exposer le projet de recherche et de solliciter son aide pour être mise en contact avec l'ensemble des membres du regroupement. Suite à cette discussion, cette même ergothérapeute a elle-même brièvement présenté le sujet de l'étude lors du regroupement annuel de l'automne 2013, en demandant l'accord des autres membres pour partager leur adresse courriel à la chercheuse principale dans le but d'obtenir davantage d'informations sur l'étude. Une lettre d'information a été envoyée par courriel aux ergothérapeutes intéressés par le projet. L'invitation à participer au projet de recherche a été envoyée à 70 participants potentiels.

4.3 Collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne, élaboré par la chercheuse principale à l'aide de la plateforme *Survey Monkey*. La complétion du

questionnaire se faisait de façon confidentielle et l'accès aux données était protégé par un mot de passe. Le questionnaire a été accessible en ligne pour une période d'un mois, soit du 9 avril au 10 mai 2014. Les participants y avaient accès en tout temps et pouvaient le compléter en dehors de leurs heures de travail. Celui-ci comprenait 32 questions dont la forme variait entre des questions à choix multiples, des questions à développement court et des questions à développement long. Le but de ce questionnaire était de documenter la pratique professionnelle des participants, afin de définir leur rôle dans les services de première ligne auprès de la clientèle enfant. Cinq grands thèmes sous-tendent la forme générale. Tout d'abord, une section informative était fournie dans la première question, afin de permettre aux participants de donner un consentement libre et éclairé avant de participer à la recherche. Par la suite, les différentes questions portaient sur : 1) les caractéristiques des participants; 2) les caractéristiques de la clientèle; 3) le processus d'évaluation; 4) le processus d'intervention; 5) l'orientation du client; et 6) l'accessibilité aux services. Une copie du questionnaire se retrouve à l'annexe B. Avant son envoi, le questionnaire a été testé auprès d'un groupe d'étudiants à la maîtrise en ergothérapie, ainsi qu'auprès d'une ergothérapeute travaillant présentement auprès des enfants dans un CSSS.

4.4 Traitement et analyse des données

Lorsque les réponses des participants pouvaient être catégorisées ou lorsqu'elles étaient réparties selon un choix de réponse fixe, les fréquences ont été compilées et sont présentées sous forme d'un pourcentage, souvent imagé à l'aide d'histogrammes ou de diagrammes secteurs. Les questions qui menaient à la production d'une réponse de type narrative ont été analysées grâce à une analyse de contenu descriptive, qui permet de traiter les données qualitatives dans le but d'en extraire les thèmes principaux (Fortin, 2010). Ainsi, après plusieurs lectures des données, un système de codification a été mis en place dans le but d'associer les thèmes saillants à différents codes, permettant ainsi d'illustrer clairement le contenu présenté dans la narration du participant.

4.5 Implications éthiques

Chaque participant a participé de façon volontaire à ce projet de recherche. Le consentement libre et éclairé a été obtenu grâce à la première question de questionnaire en

ligne, qui devait obligatoirement être répondue afin que les résultats soient transmis à la chercheuse principale. Le projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains (CEREH) de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat d'éthique a été obtenu le 4 avril 2014 (CDERS-14-03-06.04).

5. RÉSULTATS

5.1 Participants

Parmi les 70 ergothérapeutes sollicités, huit d'entre eux n'ont pu recevoir le courriel, soit parce qu'ils étaient en congé ou parce que l'adresse courriel fournie à la chercheuse était non valide. Au total, 24 participants sur les 62 contactés ont accepté de participer à l'étude, ce qui correspond à un taux de participation de 39%, jugé comme étant suffisant (Baruch et Holtom, 2008).

5.1.1 Provenance et expérience professionnelle

Les 24 participants recrutés représentent onze régions administratives différentes, sur une possibilité de 17. Quatre régions sont représentées par un participant seulement, tandis que sept régions comptent deux participants ou plus, pour un maximum de quatre participants par région, tel qu'illustré à la Figure 2.

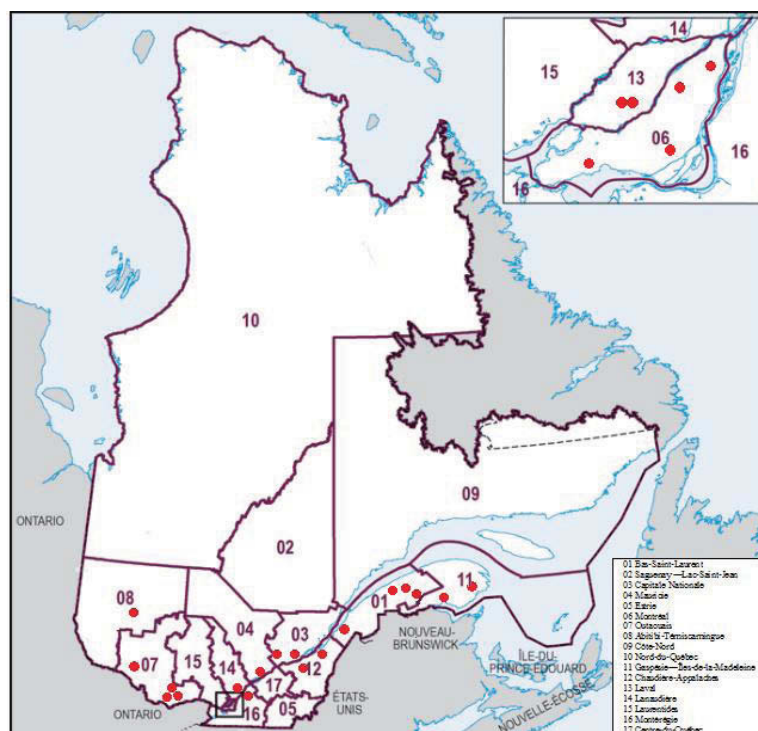


Figure 2. Répartition des participants selon les régions administratives du Québec.

Le nombre d'années d'expérience des participants auprès de la clientèle enfant est illustré à la Figure 3. On y retrouve des participants ayant une expérience de moins de cinq ans de pratique, une expérience de cinq à dix ans de pratique et une expérience de plus de dix ans de pratique, cette dernière représentant la majorité des participants.

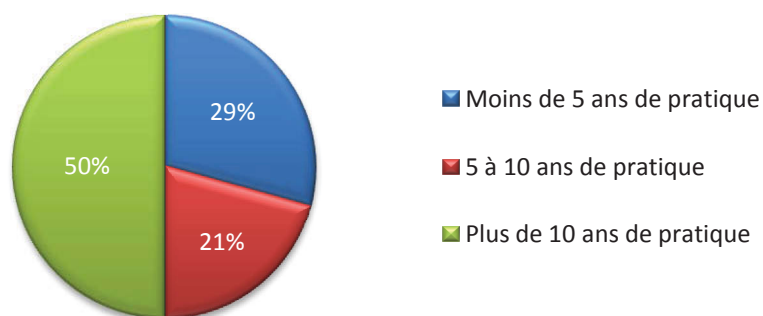


Figure 3. Nombre d'années d'expérience des participants auprès de la clientèle enfant.

5.1.2 Mandat et rôle

Les participants décrivent leur mandat auprès de leur clientèle selon quatre grands thèmes principaux, soit : 1) le dépistage; 2) l'évaluation; 3) l'intervention; 4) l'orientation. En premier lieu, le dépistage des retards de développement chez l'enfant est abordé. Les participants rappellent l'importance de la prévention et de la promotion du développement de l'enfant qui, lorsque combiné à un dépistage, permet de détecter rapidement les difficultés vécues.

« Évaluer les enfants ... présentant des problématiques diverses, ensuite donner des idées d'activités aux parents, offrir un bloc de traitement puis les référer ... au besoin. Aussi, offrir des idées en scolaire lorsqu'ils accueillent les enfants afin qu'ils puissent bien comprendre et travailler avec l'enfant de façon optimale. »

Il est alors possible de mettre en place des services de stimulation et d'intervention précoce dans le but de diminuer les éventuelles situations de handicap vécues par l'enfant. Bien que la majorité des participants effectuent cette tâche dans le cadre de leur mandat, certains d'entre eux précisent ne pas pouvoir l'effectuer en raison d'un manque de ressources. Toutefois, l'évaluation globale de l'enfant, qui correspond au second thème relevé par les participants, est réalisée par la totalité d'entre eux. Suite à celle-ci, des interventions sont mises

en place et si nécessaire, le client est orienté vers des services spécialisés, tel que relevé à l'aide du troisième et du quatrième thème énoncés par les participants.

Bien que ce portrait corresponde à la majorité des participants, certains précisent qu'ils ne peuvent pas effectuer d'interventions auprès de leur clientèle et qu'ils fournissent simplement diverses recommandations.

« Ma chef de programme décrit mon mandat comme de l'évaluation, recommandations professionnelles et orientation vers d'autres services au besoin. Je remets des recommandations aux parents, éducateurs, enseignants. Je réévalue au besoin ou j'oriente vers des services plus spécialisés s'il y a lieu. »

Lorsque questionnés sur leur rôle dans les services de première ligne, les participants expliquent que l'ergothérapeute peut apporter un éclairage unique dans le cadre d'une équipe interdisciplinaire en raison de sa vision holistique de l'enfant et de sa famille, ainsi que de ses connaissances sur le développement de l'enfant. Parfois, l'ergothérapeute a également comme rôle d'outiller les intervenants à détecter le développement typique et atypique afin d'accélérer les références vers les bons services, spécialisés ou non. *« Faire la promotion de ce qu'est le développement normal vs indices de trouble... afin que les intervenants impliqués auprès des enfants au quotidien deviennent de mieux en mieux habiletés à détecter, et intervenir... et référer lorsque nécessaire. »*

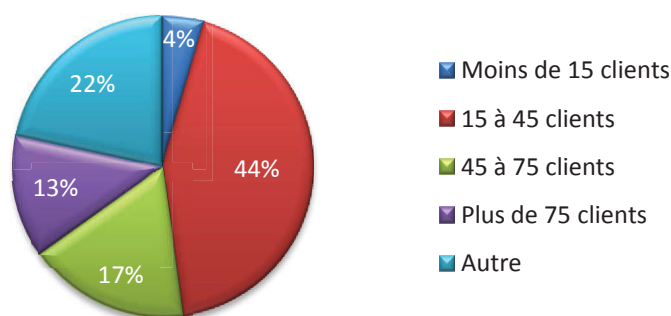
5.1.3 Critères d'admissibilité aux services d'ergothérapie

Avant de pouvoir bénéficier des services d'ergothérapie offerts dans les CSSS, les clients doivent y être admis. Bien que cinq participants précisent que toutes les références en ergothérapie sont acceptées dans leur service et qu'aucun critère d'admissibilité n'est nécessaire, la majorité des participants rapportent plusieurs critères d'admissibilité nécessaires à l'acceptation du client dans les services de première ligne. En premier lieu, on doit suspecter un retard de développement chez l'enfant se traduisant par des difficultés dans la réalisation des habitudes de vie. Également, le client doit respecter le critère d'âge balisant l'offre de service de l'ergothérapeute, en plus de résider dans le territoire couvert par le CSSS. En lien avec ce critère, certains participants mentionnent que l'enfant ne doit pas avoir débuté l'école

afin de bénéficier de leur service. La majorité des participants expliquent aussi que l'enfant ne doit pas présenter de diagnostic pouvant expliquer les retards développementaux afin de bénéficier de services de première ligne. Finalement, le portrait de l'enfant ne doit pas correspondre aux critères d'admissibilité des services spécialisés et celui-ci ne doit pas recevoir présentement de tels services, car il se verra alors refuser les services de première ligne. Toutefois, il est important de tenir compte du programme dans lequel s'inscrit l'ergothérapeute, car deux participants rapportent que leurs clients doivent avoir un diagnostic de déficience intellectuelle ou de trouble du spectre de l'autisme ou alors deux sphères développementales sévèrement atteintes afin de bénéficier des services qu'ils offrent.

5.1.4 Horaire et charge de travail

L'horaire de travail des participants est variable selon chacun, allant d'un temps partiel d'une journée par semaine à un temps plein de cinq jours par semaine. Toutefois, la majorité d'entre eux, soit 58%, travaillent à raison de quatre à cinq jours par semaine, alors que 42% offrent des services trois jours par semaine ou moins. Proportionnellement, la majorité des participants ont une charge de travail de 15 à 45 clients actifs, tandis que pour 30% d'entre eux, cette charge est supérieure à 45 clients. De plus, 13% des participants offrent des services à plus de 75 clients et l'un d'entre eux rapportait que sa charge de travail comptait près de 150 enfants. La Figure 4 permet d'offrir un portrait clair de la situation des participants sur ce sujet.



* Un participant n'a pas répondu à la question

Figure 4. Charge de travail des participants.

En fonction de la charge de travail des participants, le nombre de clients rencontrés en moyenne quotidiennement par l'ergothérapeute s'élève à trois clients par jour pour la majorité d'entre eux, soit 39%. Un horaire comportant deux clients par jour n'est pas exceptionnel, puisqu'il correspond à 35% des participants. Voir un client par jour représente une moins grande fraction, soit 13%, alors que voir moins d'un client par jour est beaucoup plus rare, tel qu'illustré à la Figure 5.

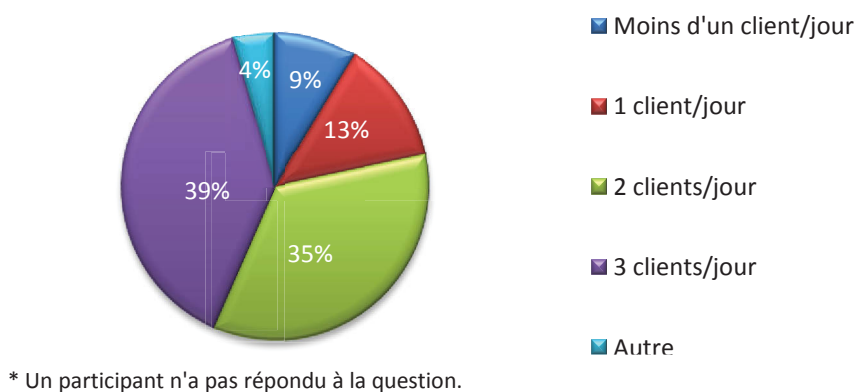


Figure 5. Nombre de clients rencontrés en moyenne quotidiennement par les participants.

Dans le cadre de leurs fonctions, 92% des participants sont appelés à se déplacer dans les milieux de vie du client, tel qu'illustré à la Figure 6. La majorité d'entre eux se déplacent sur une distance de 50 à 150 km mensuellement, tandis que 36% se déplacent à raison de moins de 50 km par mois. Toutefois, 18% effectuent tout de même environ 150 à 300 km mensuellement afin d'offrir les services aux clients.

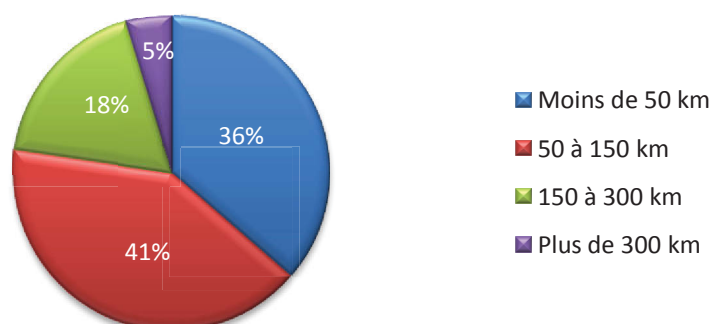
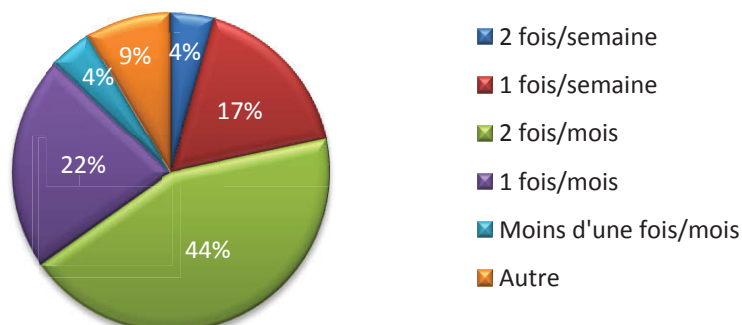


Figure 6. Kilométrage mensuel effectué en se déplaçant dans le milieu de vie du client.

5.1.5 Fréquence des rencontres et durée du suivi

La majorité des participants, soit 44%, rencontrent leurs clients deux fois par mois, alors que 22% les rencontrent une fois par mois et 17%, une fois par semaine, tel qu'illustré dans la Figure 7. Toutefois, 46% des participants mentionnent que la fréquence des rencontres d'un client est variable, en fonction de différents critères tels que son âge ou ses besoins.



* Un participant n'a pas répondu à la question.

Figure 7. Fréquence des rencontres des participants avec les clients.

La majorité des participants rapportent suivre un enfant pour une durée de sept à onze mois, alors que près du tiers d'entre eux offrent un suivi d'une durée de trois à sept mois, tel qu'illustré à la Figure 8. Toutefois, la moitié des participants ont précisé que la durée du suivi était variable selon les besoins de chaque client et les commentaires recueillis mentionnent une durée plus élevée pour certains cas particuliers, par exemple auprès d'une clientèle issue d'un milieu vulnérable ou auprès d'un enfant prématuré, ce qui engendre souvent un suivi s'étalant sur plusieurs années.

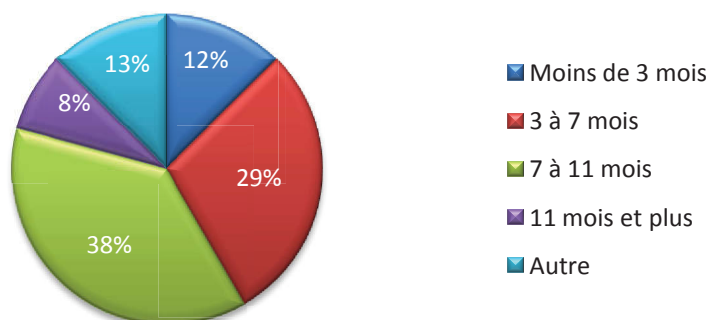


Figure 8. Durée moyenne d'un suivi en ergothérapie.

5.1.6 Les listes d'attente

Parmi les participants, 88% ont une demande de services plus grande que l'offre disponible, ce qui engendre la création de listes d'attente. La Figure 9 permet d'illustrer le nombre d'enfants qui patientent avant de bénéficier de services en ergothérapie, leur nombre variant entre 6 et plus de 160. Parmi les participants, la majorité d'entre eux ont moins de 20 enfants en attente, pour une durée moyenne d'attente de huit à douze mois. Toutefois, 19% d'entre eux ont 20 à 40 enfants en attente, 24% ont 40 à 60 enfants en attente et 9,5% ont plus de 60 enfants en attente, alors que ceux-ci sont chiffrés à plus de 150 enfants pour deux participants. Également, seuls 10% des participants peuvent offrir un temps d'attente maximal de trois mois, tel que représenté dans la Figure 10. 19% des participants présentent un temps d'attente variant entre quatre et sept mois, alors que pour un autre 19% d'entre eux, cette attente est fixée à plus d'un an et peut même aller jusqu'à trois ans dans le cas d'un participant. La gestion de cette liste et des différents critères de priorisation est assumée par 46% des participants dans leur pratique, alors que pour 54% d'entre eux, cette tâche revient à une tierce personne.

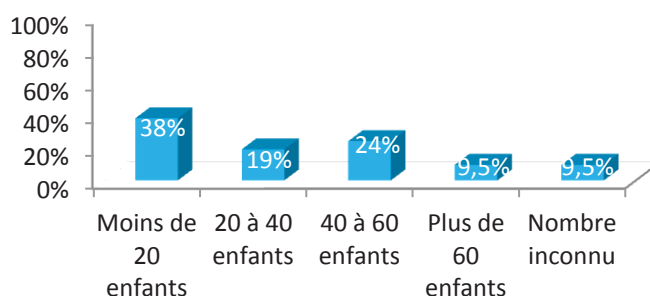


Figure 9. Nombre d'enfants présents sur la liste d'attente en ergothérapie.

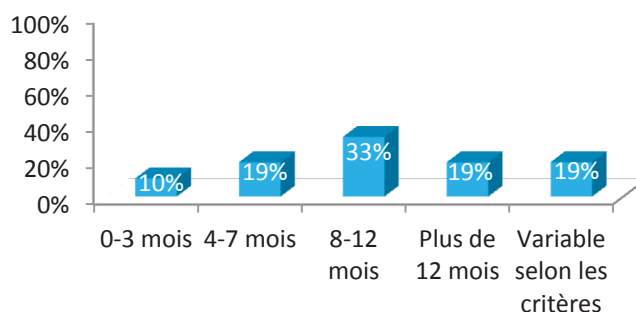
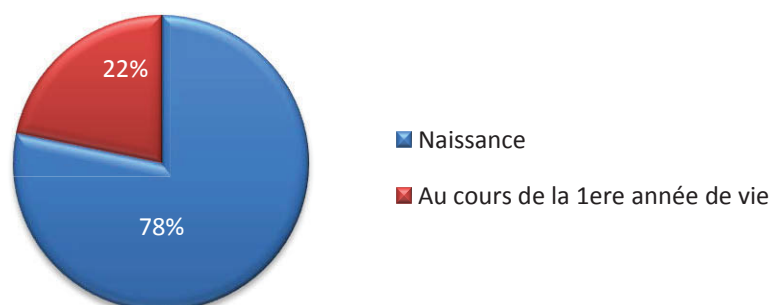


Figure 10. Temps d'attente moyen pour l'enfant avant le début des services en ergothérapie.

5.2 Clients

5.2.1 Description de la clientèle selon l'âge

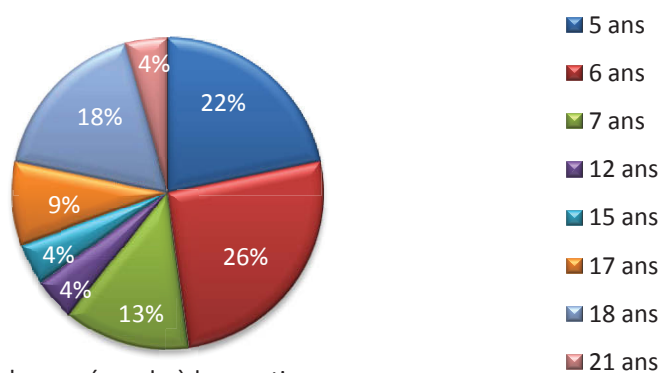
Plusieurs données ont été recueillies auprès des participants afin d'établir un portrait clair des clients bénéficiant de leurs services en ergothérapie. Tout d'abord, selon l'établissement dans lequel l'ergothérapeute travaille, les clients qui bénéficient de leurs services doivent parfois se situer dans une tranche d'âge particulière, tel qu'illustré à la Figure 11, qui représente l'âge minimal requis et à la Figure 12, qui représente l'âge maximal auquel le client peut bénéficier des services. L'âge minimal ne semble pas restrictif pour la majorité des participants, puisqu'il se situe à la naissance même de l'enfant pour environ 78% d'entre eux, tandis que la très grande majorité des clients peuvent bénéficier de services d'ergothérapie au cours de leur première année de vie. L'âge maximal semble plus restrictif pour les clients, puisqu'il varie entre cinq et 21 ans. Il apparaît que la majorité des clients suivis en ergothérapie doivent être âgés maximale de six ans, selon 26% des participants, suivi de près par ceux âgés de 5 ans, selon 22% des participants et finalement jusqu'à la majorité des enfants, selon 18% des participants. Toutefois, la très grande majorité des clients vus en ergothérapie sont âgés de zéro à cinq ans, alors que seuls 21% des enfants sont âgés de 5-11 ans, tandis que la fraction représentée par les enfants de 11 à 17 ans est négligeable, tel qu'illustré à la Figure 13.



* Un participant n'a pas répondu à la question.

* Une ergothérapeute rapporte que l'âge minimal de sa clientèle est 2 ans.

Figure 11. Âge minimal des clients vus en ergothérapie.



* Un participant n'a pas répondu à la question.

Figure 12. Âge maximal des clients vus en ergothérapie.

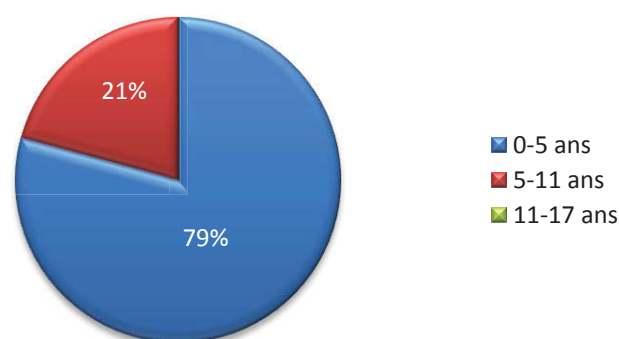


Figure 13. Tranche d'âge représentant la majorité de la clientèle.

5.2.2 Les sources de référence

Pouvant vivre des problématiques diverses, les clients sont référés aux ergothérapeutes par différentes sources. La majorité du temps, les clients bénéficient de services suite à une référence d'un membre de l'équipe de travail de l'ergothérapeute, comme mentionné par 96% des participants. La seconde source de référence la plus fréquente est celle du médecin, suivi de près par celle des parents et du milieu de garde. Bien que moins fréquentes, des références du milieu scolaire sont rapportées par 50% des participants. La Figure 14 dresse un portrait clair des différentes sources de référence.

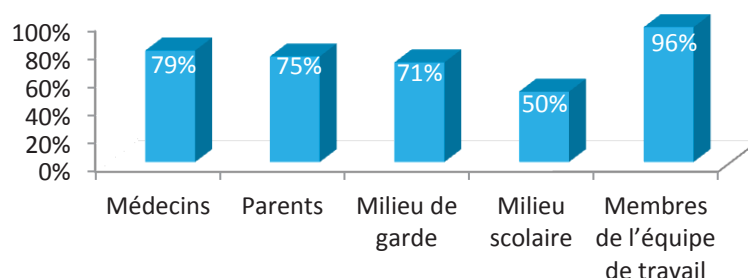


Figure 14. Référents des demandes de service en ergothérapie.

5.2.3 Les hypothèses diagnostiques

Les clients bénéficiant des services en ergothérapie présentent pour la plupart différentes hypothèses diagnostiques pouvant expliquer les difficultés vécues. Selon la majorité des participants, les diagnostics suspectés les plus rencontrés auprès de leur clientèle comprennent le retard de développement, le trouble d'acquisition de la coordination, les troubles du spectre de l'autisme, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, les troubles d'intégration ou de modulation sensorielle, les troubles du langage, les troubles de l'alimentation et la déficience intellectuelle. Certains participants rapportent également que les enfants peuvent présenter une plagiocéphalie, une déficience motrice cérébrale légère, un trouble du comportement ou une microdélétion chromosomique.

5.3 L'évaluation en ergothérapie

5.3.1 Le dépistage

Une fois le client admis dans les services d'ergothérapie, une évaluation est réalisée. Parmi les participants, 71 % rapportent effectuer un dépistage auprès de leur clientèle. Les principaux outils utilisés sont l'*Autism Diagnostic Observation Schedule* (Lord et coll., 1989), l'*Ages & Stages Questionnaires* (Bricker et coll., 1999), le *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (Robins, Barton et Green, 2001) et le *Parents' Evaluations of Developmental Status* (Glascoe, 2006). Plusieurs participants mentionnent également utiliser des outils maison et réaliser des observations informelles. Le dépistage est majoritairement réalisé en contexte de groupe, soit dans 65% des cas, et conjointement à un professionnel, soit dans 59% des cas.

Des participants rapportent ne pas effectuer de dépistage, alors que certains d'entre eux précisent que le dépistage est réalisé par les autres intervenants de l'équipe. La Figure 15 permet d'illustrer les outils ainsi que les contextes de dépistage.

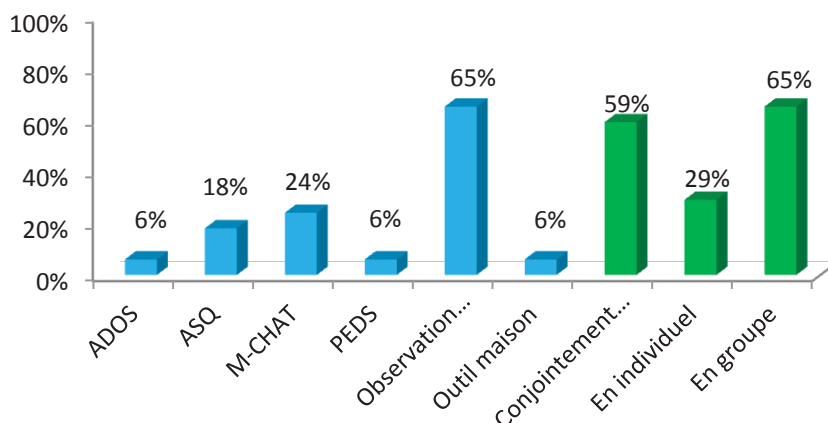


Figure 15. Outils et contexte de dépistage. (ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule; ASQ : Ages & Stages Questionnaires; M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers; PEDS : Parents' Evaluations of Developmental Status.)

5.3.2 L'évaluation : déroulement typique

Le processus d'évaluation formelle le plus couramment utilisé par les ergothérapeutes travaillant dans les CSSS au Québec présente plusieurs points communs. La majorité des participants expliquent commencer le processus d'évaluation par une collecte de données, soit en consultant le dossier du client, en discutant avec le référent ou avec des collègues déjà impliqués auprès de l'enfant. De plus, plusieurs mentionnent avoir un premier contact avec le parent, soit au téléphone ou en personne, afin de documenter le fonctionnement de l'enfant au quotidien, verbalement ou à l'aide d'un questionnaire papier. Par la suite, l'enfant est rencontré dans le bureau de l'ergothérapeute afin de procéder à l'évaluation comme telle, à l'aide de la réalisation de jeux libres ou structurés et de la passation d'outils d'évaluation standardisés, non standardisés, ou maison. Certains participants mentionnent procéder à l'évaluation conjointement avec différents professionnels tels l'orthophoniste, le psychologue ou le psycho-éducateur, en plus de faire des observations informelles à ce moment. Également, plusieurs mentionnent effectuer des mises en situation dans les milieux naturels du client, selon la problématique rencontrée. Plusieurs participants rapportent qu'ils impliquent également les intervenants du milieu de garde ou du milieu scolaire, comme l'éducateur ou le professeur, afin

de préciser le portrait de l'enfant. Par la suite, les données sont compilées et le rapport est rédigé. Les résultats et les recommandations sont présentés aux parents, des conseils et des stratégies sont donnés et si nécessaire, un suivi en ergothérapie ou une référence vers les services de 2e ligne est effectuée. Un participant mentionne également proposer le recours à des services privés à l'occasion.

5.3.3 L'évaluation : nombre de rencontres

La majorité des participants (71%) rapportent effectuer deux rencontres d'évaluation en moyenne avec chaque enfant, tandis le nombre peut varier entre une et cinq rencontres pour les autres participants, tel qu'illustré à la Figure 16. Seulement 29% des participants doivent respecter un nombre maximum de rencontres d'évaluation, variant entre deux et cinq rencontres avec le client. Parmi les participants, 82% disent trouver le nombre de rencontres d'évaluation actuellement utilisé suffisant, alors que 18% ont une opinion opposée. Certains participants jugent que le nombre de rencontres d'évaluation idéal serait de deux à trois fois en général, mais qu'il devrait surtout être adapté à chaque client, selon leurs besoins.

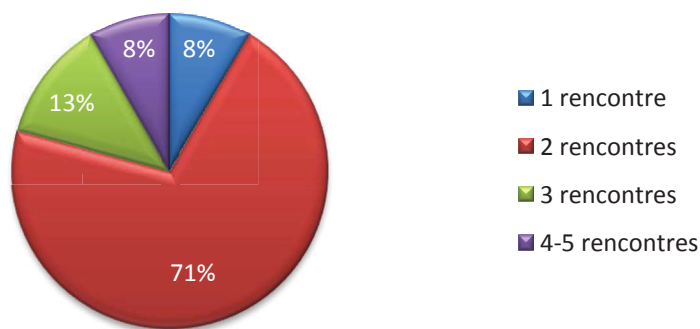


Figure 16. Nombre moyen de rencontres d'évaluation par client.

5.3.4 L'évaluation : outils utilisés

Les outils d'évaluation utilisés par la majorité des participants comprennent le *Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency* (Bruininks, 1978), le *Peabody Developmental Motor Scales* (Folio et Fewell, 2000), le *Beery Visual Motor Integration* (Beery, 1997) et la Batterie Talbot (Talbot, 1993). Leur utilisation varie entre 50% des participants et 96% des participants, tel qu'illustré à la Figure 17. Une liste complète des outils recensés par les

participants, s'élevant à 30 et dont l'utilisation est variable, soit entre 4% et 46% des participants, est présentée à l'annexe C.

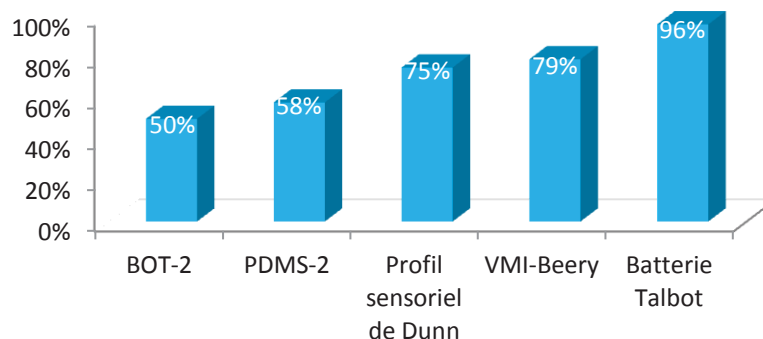


Figure 17. Outils d'évaluation utilisés par les participants. (BOT-2 : Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency; PDMS-2 : Peabody Developmental Motor Scales; VMI-Beery : Beery Visual Motor Integration.)

5.3.5 L'évaluation : le type de milieu

Parmi les participants, 92% rapportent effectuer des évaluations en milieu naturel. Pour la majorité d'entre eux, cela représente concrètement moins de 25% des évaluations effectuées, tandis que pour certains, la proportion des évaluations effectuées dans le milieu naturel du client varie entre 30% et 100%. Parmi l'ensemble des participants réalisant des évaluations dans le milieu naturel du client, 95% se rendent à domicile, 86% dans le milieu de garde et 32% dans le milieu scolaire afin de procéder à l'évaluation de l'enfant. Ces résultats sont illustrés à la Figure 18 et à la Figure 19.

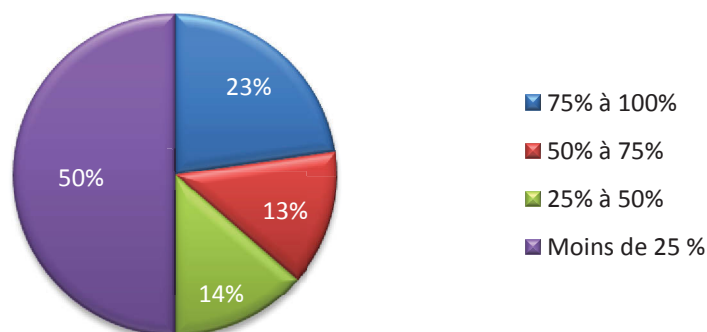


Figure 18. Proportion des évaluations réalisées dans le milieu naturel du client.

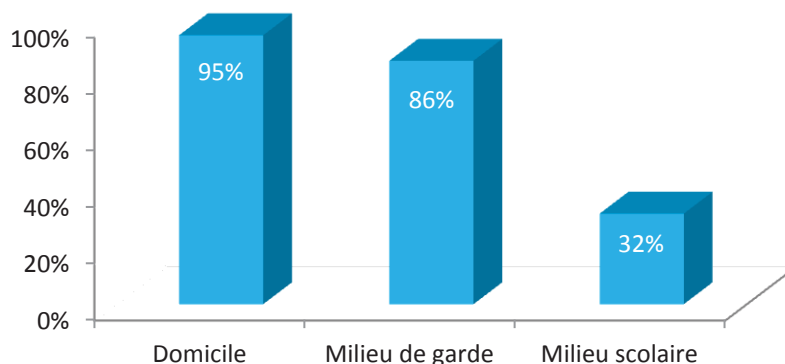


Figure 19. Type de milieu naturel dans lequel se déroule l'évaluation de l'enfant.

5.4 Les interventions en ergothérapie

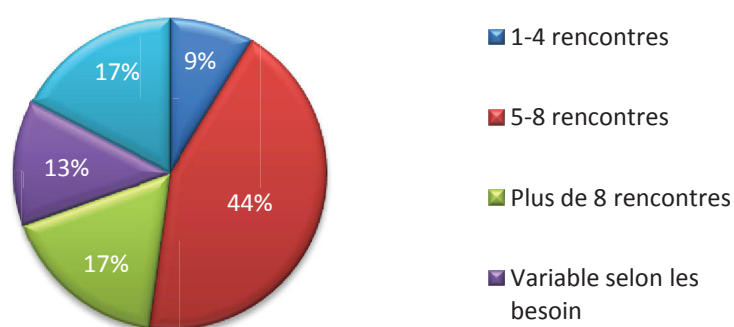
5.4.1 Les interventions : déroulement typique

Plusieurs données ont été recueillies à l'aide d'une question ouverte auprès des participants afin d'établir un portrait clair des interventions dont bénéficient les clients dans le cadre des services en ergothérapie. Bien que quelques différences soient relevées dans la description d'une intervention typique, la démarche suivie par la majorité des ergothérapeutes présente plusieurs points communs. La façon de procéder la plus fréquemment décrite consiste en une combinaison d'interventions directes et d'interventions indirectes. L'intervention directe se définit alors comme une thérapie individuelle, d'une durée d'environ une heure, pendant laquelle l'enfant réalise différentes activités visant à atteindre les objectifs ciblés en fonction des résultats obtenus lors de l'évaluation. Plusieurs participants précisent que les parents sont présents lors des rencontres, afin qu'ils assistent à la thérapie et bénéficient du modèle offert par l'ergothérapeute. L'intervention indirecte se définit alors comme un enseignement donné au parent ou à l'intervenant significatif, comme l'éducatrice du milieu scolaire ou du milieu de garde, sans qu'un suivi en individuel avec l'enfant ne soit réalisé. Un plan d'activités élaboré en fonction des problématiques relevées lors de l'évaluation leur est présenté et les activités leur sont souvent démontrées directement avec l'enfant. Lorsque l'intervention indirecte n'est pas utilisée en combinaison avec l'intervention directe, la fréquence du suivi est moins importante. Également, certains participants rapportent effectuer des interventions conjointement à d'autres professionnels de la santé, comme les éducateurs, les psycho-éducateurs, les orthophonistes et les nutritionnistes, ainsi qu'effectuer les suivis de l'enfant sous forme de thérapie de groupe.

17% des participants ont également précisé n'offrir aucun ou très peu de services sous forme d'intervention.

5.4.2 Les interventions : nombre de rencontres

La majorité des participants, soit 44%, rapportent effectuer cinq à huit rencontres d'intervention en moyenne avec chaque client, tandis le nombre peut varier entre une et plus de huit rencontres pour les autres participants. Seulement 21% des participants doivent respecter un maximum de rencontres d'intervention variant entre quatre et douze rencontres. Parmi les participants, 58% disent trouver le nombre de rencontres d'intervention actuellement utilisé suffisant, alors que 42% ont une opinion opposée. Certains participants jugent que le nombre de rencontres d'intervention idéal serait de six à dix fois en général, mais qu'il devrait surtout être adapté à chaque client, selon leurs besoins. Ces résultats sont illustrés à la Figure 20.



* Un participant n'a pas répondu à la question.

Figure 20. Nombre moyen de rencontres d'intervention par client.

5.4.3 Les interventions : type de milieu

Parmi les participants, 88% rapportent effectuer des interventions en milieu naturel. Pour la majorité d'entre eux, cela représente concrètement moins de 25% des interventions effectuées, tandis que pour certains, la proportion des interventions effectuées dans le milieu naturel du client varie entre 25% et 100%. Parmi l'ensemble des participants réalisant des interventions dans le milieu naturel du client, 90% se rendent à domicile, 76% dans le milieu de garde et 24% dans le milieu scolaire de l'enfant. Ces résultats sont illustrés à la Figure 21 et à la Figure 22.

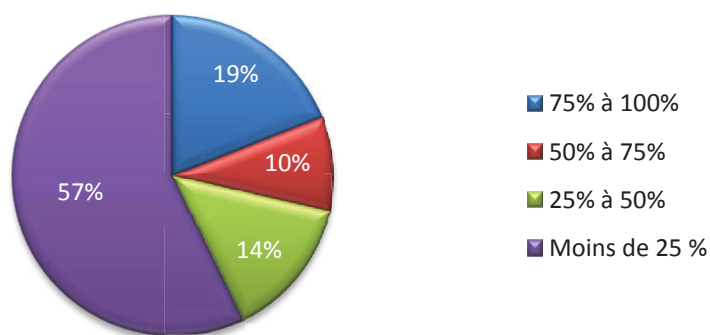


Figure 21. Proportion des interventions faites dans le milieu naturel du client.

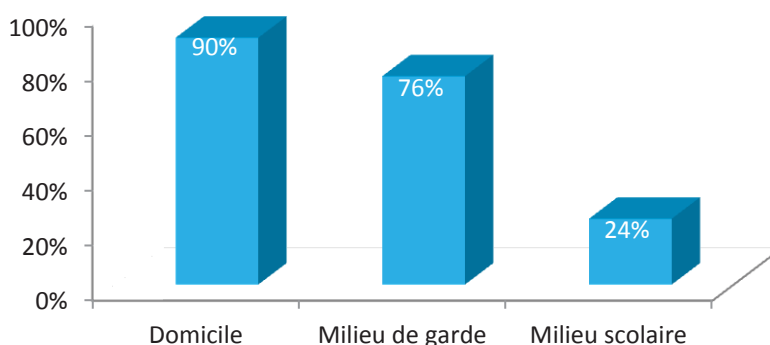


Figure 22. Type de milieu naturel dans lequel se déroulent les interventions.

5.4.4 L'orientation du client : à quel moment ?

Le moment auquel le client est référé vers les services spécialisés de deuxième ligne dépend majoritairement des critères d'admissibilité des établissements visés, qui varient d'un participant à l'autre. Pour certains, la présence d'un retard important et persistant, alors que l'enfant progresse peu ou aucunement malgré les interventions données, est suffisant pour qu'il ait accès à des services de deuxième ligne. Le niveau de gravité du retard, qui correspond au nombre de mois de retard développemental de l'enfant, ainsi que la quantité de sphères développementales qui doivent être altérées par ce retard, varie également selon les différents établissements de deuxième ligne. Parfois, des résultats sous un percentile ou dans une catégorie précise doivent être obtenus à l'aide d'évaluations standardisées afin que l'enfant soit accepté dans les établissements spécialisés. Également, un diagnostic est parfois nécessaire à

l'obtention d'un tel service, alors que pour d'autres, la seule suspicion d'un diagnostic est suffisante à l'intégration du client dans l'établissement spécialisé.

5.4.5 L'orientation du client : distinction entre les services de 1^{ère} et de 2^e ligne

Selon les participants, les services offerts en première ligne se distinguent de ceux offerts en deuxième ligne pour plusieurs raisons, dont la majeure est le mandat. Ainsi, les ergothérapeutes de la première ligne font office de porte d'entrée aux services de santé nécessaires au bien-être de l'enfant. Leur rôle premier est davantage axé sur le dépistage, la promotion et la consultation. Les enfants sont alors acceptés sur une base de suspicion de retard, sans qu'un diagnostic ne soit nécessaire. L'évaluation effectuée est moins exhaustive que celle qui peut être réalisée en deuxième ligne, les outils standardisés étant peu utilisés, car le but est d'orienter l'enfant vers le bon service. L'intensité des interventions est donc moins grande en première ligne, puisqu'il s'agit de services à court terme, contrairement à la deuxième ligne. Un participant mentionne également que la prise en charge de l'enfant en première ligne est plus rapide, ce qui permet d'offrir des services plus tôt et de le faire parfois dans le milieu naturel de l'enfant.

5.4.6 L'orientation du client : l'accès aux services

Parmi les participants, 38% rapportent qu'il peut être difficile pour les clients d'avoir accès aux services de première ligne. Les commentaires recueillis mentionnent notamment que les services d'ergothérapie sont peu connus des autres intervenants, ce qui rend donc l'accès moins aisé pour les clients. Également, plusieurs participants rapportent que l'arrêt des services, une fois les clients intégrés dans le milieu scolaire, complique leur accès aux services de première ligne en ergothérapie. L'accès aux services spécialisés de deuxième ligne est compliqué pour le client, tel que rapporté par 83% des participants. Ils expliquent que cela est attribuable à différents facteurs tels que les critères serrés d'admissibilité dans les établissements spécialisés, qui font que le cas de l'enfant est trop léger pour un établissement spécialisé, mais trop lourd pour un établissement de première ligne, la nécessité d'un diagnostic qui n'est pas toujours possible d'établir dans les services de première ligne et le délai avant l'accès aux services spécialisés en raison de la présence de listes d'attente. Plusieurs solutions ont été proposées par les participants afin de pallier à ce problème. La possibilité

mentionnée le plus fréquemment est d'offrir un suivi régulier au client dans le but de démontrer que la faible évolution de ses acquis nécessite une intervention spécialisée de deuxième ligne, même si l'enfant ne correspond pas exactement aux critères d'admissibilité requis.

5.4.7 Un manque de services en ergothérapie ?

Un manque de services en ergothérapie est clairement identifié par les participants (91% d'entre eux). Plusieurs solutions sont proposées par les participants afin de pallier à ce manque de ressource, telles qu'augmenter le nombre d'intervenants dans l'équipe de travail interdisciplinaire, ajouter du personnel non-ergothérapeute, remplacer les ergothérapeutes qui prennent des congés prolongés et créer des cliniques diagnostiques dans les CSSS afin de diminuer le temps d'attente et parfois le dédoublement des services présents en lien avec la deuxième ligne. Les deux solutions qui reviennent le plus fréquemment dans les commentaires sont d'augmenter le nombre d'ergothérapeutes couvrant la clientèle enfant en offrant plus de postes temps plein ou simplement en créant davantage de postes dans les CSSS. De plus, l'idée que l'ergothérapeute offre des services à part entière dans les écoles, via des emplois pour la commission scolaire, comme c'est le cas par exemple pour les orthophonistes, est grandement sollicité et permettrait de diminuer les trous de services selon plusieurs participants.

6. DISCUSSION

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui s'intéresse aux clientèles de tout âge rencontrant des défis occupationnels dans leur quotidien (OEQ, 2013). L'ergothérapeute peut intervenir auprès des clients dans différents établissements, dont les CSSS. S'intéressant particulièrement à la clientèle enfant et au fonctionnement du système de santé québécois, cette étude vise à décrire la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans. Dans la présente section, le portrait de la pratique, produit suite à l'analyse des résultats, sera discuté à travers les différentes étapes du MCPP (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). Les forces et limites de cette étude seront également abordées, ainsi que l'atteinte de l'objectif principal.

6.1.1 MCPP : Initier et établir le contact, établir les balises

Les principaux résultats extraits des données recueillies démontrent que le mandat central des ergothérapeutes dans les CSSS auprès des enfants est constitué de quatre volets, soit : 1) le dépistage; 2) l'évaluation; 3) l'intervention; 4) l'orientation du client. Selon le MCPP (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013), dans les deux premières étapes du continuum de la pratique, soit 1) initier et établir le contact et 2) établir les balises, l'ergothérapeute doit partager le pouvoir avec le client et énoncer clairement son rôle de professionnel tout au long du processus (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). De ce fait, présenter clairement son mandat en tant qu'ergothérapeute travaillant dans un CSSS correspond à un geste qui peut être posé conjointement dans ces deux étapes.

À première vue, la description de ce mandat semble bien s'harmoniser avec les services normalement offerts dans les établissements de première ligne (MSSS, 2008). Toutefois, il apparaît dans les résultats que la majorité des enfants vus en ergothérapie dans les CSSS sont âgés de 0 à 5 ans, et que, pour plusieurs ergothérapeutes, il est impossible d'offrir des services aux enfants une fois l'étape de l'entrée à l'école débutée. Combinée à la présence récurrente de listes d'attente en ergothérapie, cette constatation est inquiétante, car elle sous-entend un vide de services probable pour les enfants âgés de plus de cinq ans, alors qu'ils n'ont plus accès aux services de l'ergothérapeute du CSSS, rendus à ce stade.

La septième et la huitième étape du MCPP, 7) évaluer le résultat et 8) conclure et mettre fin, perdent alors leur sens ergothérapique dans un tel contexte de pratique puisqu'ils sont déracinés du processus de pratique original. En effet, ces deux étapes sont effectuées par les ergothérapeutes puisqu'ils doivent mettre fin aux services en raison de critères d'âge, plutôt qu'en raison d'une atteinte des buts occupationnels visés et d'un arrêt de services suite à une décision conjointe de l'ergothérapeute ainsi que de l'enfant et de sa famille. Cela est d'autant plus critique considérant que certains diagnostics nécessitant des services de deuxième ligne, comme le trouble d'acquisition de la coordination, ne sont habituellement pas posés avant l'âge de cinq ans (European Academy of Childhood Disability, 2011). De plus, lors de son entrée à l'école, l'enfant fera face à des exigences plus élevées dans lesquelles ses incapacités pourraient se révéler davantage et mettre en péril la réalisation de ses occupations (OEQ, 2009).

Ainsi, l'accès à un CSSS, qui devrait être direct et aisé puisqu'il fait office de porte d'entrée aux services de santé et aux services sociaux (MSSS, 2004), semble être compromis. En effet, plusieurs participants rapportent que l'accès à leurs services d'ergothérapie de première ligne est difficile pour les clients. Ce fait doit absolument être considéré dans la description de la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec, puisqu'il soulève une problématique importante, soit celui de l'accès aux soins. En effet, un accès restreint à de tels services va à l'encontre du principe d'accessibilité de la Loi canadienne sur la santé (Gouvernement du Canada, 2014).

De plus, cette problématique est accentuée par le fait que les ergothérapeutes qui pratiquent dans les CSSS font partie du premier palier de services. Donc, un accès difficile pour leur clientèle se voit par la même occasion restreindre l'accès aux services de santé et aux services sociaux des paliers supérieurs, puisque le cheminement du client se fait de façon hiérarchique à travers le système (MSSS, 2004). La description de la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec permet donc de faire ressortir cet élément problématique, exacerbé par un accès encore plus complexe aux services de deuxième ligne, qui sont les principaux partenaires des ergothérapeutes pratiquant dans les

services de première ligne. En effet, la très grande majorité des participants expliquent que la combinaison de l'accès parfois difficile dans les CSSS et souvent ardu dans les établissements spécialisés fait en sorte que certains clients ne peuvent bénéficier des services nécessaires, malgré des besoins bien présents. L'organisation du système de santé actuel, hiérarchisé et régi par différents critères d'admissibilité (MSSS, 2004) fait en sorte que plusieurs ergothérapeutes ne peuvent offrir de services à bon nombre d'enfants.

De plus, la présence répandue de listes d'attente démontre clairement que l'offre est plus petite que la demande. Selon Stephens, Tauber et Teeters Myers (2010), les ergothérapeutes interviennent précocement auprès des enfants afin de prévenir ou de minimiser l'impact des incapacités physiques, cognitives ou émotionnelles, ainsi que l'impact de ressources limitées auprès de l'enfant désavantagé par des facteurs de risques biologiques ou environnementaux. Le manque de services auprès de cette clientèle est donc d'autant plus préjudiciable. Ainsi, afin de répondre aux cinq principes de la Loi canadienne sur la santé (Gouvernement du Canada, 2014), la pratique des ergothérapeutes auprès des enfants dans les services de première ligne au Québec devrait être bonifiée, afin que ces derniers soient en mesure d'offrir des services à tous les enfants qui en présentent le besoin, dans un délai d'attente raisonnable. L'étude de Costello, Mazer Et Majnemer (2009) concluait également que le rôle de l'ergothérapeute dans les CSSS auprès des enfants aurait avantage à être plus utilisé, afin de répondre aux besoins vécus par cette clientèle. De plus, l'accès aux services, tant au premier qu'au second palier, devrait idéalement être facilité pour les mêmes raisons.

6.1.2 MCPP : Évaluer et analyser, mettre en œuvre un plan

Suite à l'analyse des résultats, il apparaît que l'ensemble des ergothérapeutes effectue des évaluations auprès de l'enfant rencontré. Réaliser une évaluation globale de l'enfant avec une approche holistique répond à la troisième étape du MCPP, 3) évaluer et analyser (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). À ce moment, l'ergothérapeute effectue une évaluation complète de l'enfant, tant sur le plan personnel, occupationnel et environnemental. Par la suite, il analyse les résultats afin de convenir des objectifs et du plan qui en découlent, avec l'enfant et sa famille (quatrième étape du MCPP). La section évaluative du client dans la pratique des ergothérapeutes oeuvrant dans les services de première ligne au Québec ne

semble pas problématique selon les données recueillies, sauf en ce qui a trait à l'accès restreint des clients aux services, tel que décrit précédemment, ce qui influence donc nécessairement leur évaluation. Le processus typique d'évaluation comprend une collecte de données complète, une entrevue avec le parent, des évaluations par le jeu ou par des tests standardisés. De plus, des évaluations conjointes réalisées avec d'autres professionnels de la santé auprès des enfants sont effectuées, si nécessaire. L'approche holistique est donc respectée lors de l'évaluation de l'enfant. Bien que la majorité des ergothérapeutes soient satisfaits du nombre de rencontres dédiées à l'évaluation de l'enfant, une fraction d'entre eux juge celles-ci insuffisantes. Encore une fois, le fait d'être restreint dans le temps et surchargé de demandes peut influencer le nombre de rencontres octroyées à l'évaluation de l'enfant, qui se doit d'être complète et suffisamment approfondie afin que les recommandations et interventions qui en découlent soient bien adaptées aux besoins de l'enfant et de sa famille. Ainsi, la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne auprès des enfants au Québec pourrait être bonifiée sur ce plan afin que les ergothérapeutes puissent bénéficier du temps et des ressources nécessaires pour effectuer les évaluations qu'ils jugent pertinentes auprès de l'enfant.

Suite à l'analyse des résultats, il apparaît que la pratique de certains ergothérapeutes est elle aussi influencée par un manque de ressources ou de temps, alors que certains d'entre eux rapportent ne pas pouvoir effectuer d'interventions auprès des enfants. La pratique d'interventions auprès de l'enfant correspond à la cinquième étape du MCPP, soit 5) mettre en œuvre un plan (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). Lors de cette étape, l'ergothérapeute utilise son expertise professionnelle afin de collaborer avec le client pour rendre possible son engagement dans des occupations significatives. Par la suite, l'ergothérapeute peut ajuster ses interventions au fil du temps par le biais de réévaluations, afin de correspondre le plus possible aux buts occupationnels visés par le client tout au long de son évolution, tel que stipulé dans la sixième étape du MCPP, 6) faire le suivi et adapter. Le fait que certains participants rapportent ne pas pouvoir intervenir directement auprès de l'enfant est clairement problématique, alors que certaines étapes du MCPP sont complètement omises dans le processus de pratique et que le mandat des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec n'est pas respecté. De plus, lorsque les ergothérapeutes sont en mesure de réaliser des interventions, l'intensité des services est très variable d'un participant à

l'autre, ce qui démontre l'absence d'homogénéité dans la pratique des ergothérapeutes œuvrant dans les services de première ligne sur le plan des interventions auprès du client, celles-ci n'étant pas nécessairement comparables d'un CSSS à l'autre. Ainsi, en fonction de la région administrative où ils résident, les enfants pourraient ne pas tous bénéficier des mêmes services, même s'ils ont les mêmes besoins, ce qui va encore une fois à l'encontre de la Loi canadienne sur la santé (Gouvernement du Canada, 2014). De plus, certains participants rapportent devoir allonger les blocs d'intervention auprès de certains clients afin de démontrer clairement les incapacités vécues aux établissements de deuxième ligne, dans le but que l'enfant puisse bénéficier des services spécialisés nécessaires, même s'il ne remplit pas les critères d'admissibilité requis. De ce fait, certains ergothérapeutes outrepassent leur mandat d'intervention à court terme dans les services de première ligne, afin de favoriser le bien-être et la santé du client, comme prôné par leur profession (Polatajko, Craik, Davis et Townsend, 2013). Tel que rapporté dans l'étude de Costello, Mazer et Majnemer (2009), les services d'ergothérapie devraient être organisés de façon à pouvoir répondre aux besoins vécus par la clientèle. Ainsi, ces faits illustrent bien que la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec doit être bonifiée auprès de la clientèle des enfants âgés de 0-17 ans, afin de leur permettre de répondre aux besoins vécus par ceux-ci.

6.2 Forces et les limites de l'étude

La limite principale de l'étude repose sur le fait que les résultats sont basés sur les réponses et commentaires fournis par les participants via le questionnaire en ligne, qui constituent leur perception de leur pratique et leur estimation des caractéristiques de celle-ci. Ainsi, cela laisse place à une marge d'erreur dans leur production et dans leur interprétation. Cette limite aurait pu être diminuée si des données statistiques, telles que celles complétées quotidiennement par les participants dans leur milieu de travail, avaient été utilisées comme source d'information. Toutefois, cela aurait laissé moins de place à l'expression spontanée des participants sur les sujets abordés, laquelle est riche en informations et pertinente dans le cadre d'une étude qualitative descriptive. L'impact de cette limite sur les résultats de la présente étude était donc bien connu de la chercheuse et a eu une incidence moindre sur l'analyse des résultats.

Une des forces de l'étude est le haut taux de recrutement des participants. En effet, la taille de l'échantillon, soit 24 participants sur une possibilité de 60 constitue une force puisqu'elle permet de tracer un portrait préliminaire de la pratique de cette population, avec un taux de participation de 39% jugé comme étant satisfaisant (Baruch et Holtom, 2008). Toutefois, vu l'objectif principal de l'étude qui visait à produire un portrait de la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec, la taille de ce même échantillon peut également constituer une limite à cette étude. Un portrait de cette pratique a bien été réalisé, ce qui constitue l'atteinte de l'objectif de l'étude. Toutefois, l'analyse des résultats montre que l'homogénéité des données recueillies diffère selon les CSSS. Ainsi, afin d'établir un portrait davantage représentatif de la situation, un plus grand nombre de participants serait requis afin de permettre la généralisation des résultats et la production de recommandations plus précises. Pour ce faire, une aide extérieure, comme celle de l'OEQ, serait nécessaire afin d'obtenir le nombre exact de participants à solliciter, dans le but d'être en mesure de pouvoir quantifier l'impact des conclusions de l'étude. Une éventuelle recherche avec plus d'envergure serait donc à envisager pour le futur.

7. CONCLUSION

Au Québec, près de 37 000 enfants vivent avec une incapacité, attribuable à différents diagnostics (ISQ, 2010). Parmi les services de santé et les services sociaux organisés hiérarchiquement en trois paliers d'accès offerts dans des établissements à vocations différentes, plusieurs professionnels interviennent auprès de cette clientèle, dont les ergothérapeutes (MSSS, 2004). Appelés à intervenir précocement auprès des jeunes enfants, une étude réalisée en 2003 révélait que leur présence dans les services de première ligne au Québec était toutefois peu répandue (Case-Smith, 2013; Cotelleso, Mazer et Majnemer, 2009). Cette constatation était surprenante, notamment puisque la loi canadienne sur la santé (Gouvernement du Canada, 2014) prône un accès satisfaisant aux services de santé nécessaires aux personnes. Ainsi, il apparaissait pertinent de décrire la pratique actuelle des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec, auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans, afin de dresser un portrait clair de la situation, ce qui constituait l'objectif principal de cette étude. Les données recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne auprès de 24 participants provenant de 11 régions administratives différentes ont permis de produire un premier portrait de la pratique de ces ergothérapeutes.

Les points saillants à retenir sont que le mandat des ergothérapeutes comprend le dépistage, l'évaluation, l'intervention et l'orientation du client, mais que certains d'entre eux ne sont toutefois pas en mesure d'effectuer des interventions, faute de temps ou de ressources. L'accès aux services est également compromis pour un certain nombre d'enfants, en raison de critère d'âge ou d'admissibilité et de la présence récurrente de listes d'attente, ce qui déroge au mandat de porte d'accès des services des établissements de première ligne, tel qu'un CSSS (MSSS, 2004). Ainsi, il apparaît primordial de souligner cette problématique d'accès aux services, qui entre en contradiction avec la Loi canadienne sur la santé (Gouvernement du Canada, 2014). De futures études seraient nécessaires afin d'établir un second portrait de la pratique des ergothérapeutes dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans, dans le but d'obtenir davantage de résultats auprès d'un plus grand nombre de participants. La généralisation des résultats serait donc plus aisée, et des recommandations plus précises pour l'optimisation de la pratique ergothérapique auprès de la clientèle dans ce

milieu pourraient être produites. La proportion des incapacités chez les enfants, qui tendent à augmenter avec les années (ISQ, 2010), renforce la pertinence de futures recherches dans le but de mieux intervenir auprès de ces enfants afin de diminuer les incapacités vécues. Également, à la lumière des conclusions de cette étude, une recherche plus approfondie mettant en perspective l'évaluation de la pratique professionnelle des ergothérapeutes semble pertinente. En effet, la lourdeur de l'environnement institutionnel qui balise actuellement la pratique des ergothérapeutes en CSSS suscite des interrogations face au respect de leur identité professionnelle à travers leur démarche clinique auprès des enfants, face à la mise en place de pratiques novatrices pouvant avoir un impact positif sur la présence des listes d'attente et face au maintien d'une approche centrée sur les besoins du client et de ses occupations.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2010). Leurs coordonnées. Repéré à <http://www.acjq.qc.ca/?8EE54FDD-475E-4592-B399-82AF8CDCDDDC>
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2014). Rôle. Repéré à <http://www.aerdpq.org/les-crdp/mission>
- Baruch, Y. et Holtom, B.C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. Repéré à <http://hum.sagepub.com/content/61/8/1139.short>
- Beery, K. (1997). *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration: VMI with Supplemental Developmental Tests of Visual Perception and Motor Coordination: Administration, Scoring and Teaching Manual*. Parsippany, NJ: Modern Curriculum Press.
- Bricker, D., Squires, J., Mounts, L., Potter, L., Nickel, R., Twombly, E., et Farrell, J. (1999). *Ages and Stages Questionnaires: A Parent-Completed, Child-Monitoring System* (2e éd.). Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bruininks, R.H. (1978). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, examiner's manual*. Circle Pines, MN : American Guidance Service.
- Cantin, N. et Polatajko, H.J. (2013). Occupation-focused intervention approaches for children and youth. *Norwegian Occupational Therapy Journal*, 06, 28-34. Repéré à [file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/Cantin_Polatajko%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/utilisateur/Downloads/Cantin_Polatajko%20(1).pdf)
- Case-Smith, J. (2013). Systematic reviews of the effectiveness of interventions used in occupational therapy early childhood services. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 379-382. Repéré à <http://ajot.aota.org/Article.aspx?articleid=1851692>
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec. (2014). Profil de notre clientèle. Repéré à <http://www.crdiq.qc.ca/services-profil-clientele.html>
- Costello, A., Mazer, B. et Majnemer, A. (2009). Community-Based Occupational Therapy Services for Children : A Quebec Survey on Service Delivery. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 29 (4), 426-444. Repéré à <http://informahealthcare.com.biblioproxy.uqtr.ca/doi/pdf/10.3109/01942630903222092>
- Craik, J., Davis, J. et Polatajko, H.J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) : déployer le contexte. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir), *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la*

santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (2^e éd., p. 269-290). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE

Drolet, J. et Lauzon, A. (2000). *Rôle des établissements de réadaptation en déficience physique*. Montréal, Québec : Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec.

European Academy of Childhood Disability. (2011). *Definition, diagnosis, assessment and intervention of developmental coordination disorder*. Repéré à file:///C:/Users/utisateur/Downloads/dcd_cpg_long_form-2011_eacd_end2korr-129.pdf

Fédération québécoise de l'autisme. (2014). L'autisme en chiffre. Repéré à <http://www.autisme.qc.ca/TSA/lautisme-en-chiffres.html>

Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2014). Présentation de la clientèle. Repéré à <http://fqcrdited.org/clienteles/presentation-de-la-clientele/>

Folio M.R. et Fewell R.R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scales Examiner's Manual*, (2^e éd.). Austin, TX: Pro-Ed.

Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2^e éd.). Montréal, Québec : Les Éditions de la Chenelière.

Gascon, H., Tétreault, S., Cloutier, R., Gasse, M-C. et Bouchard, M-F. (2009). Les très jeunes enfants présentant une déficience : prévention, dépistage, soutien et intervention précoce au Québec. *Contraste*, (2)31-32, 89-124. doi : 10.3917/cont.031.0089

Glascoc, F.P. (2006). *Parents' Evaluations of Developmental Status : A Method for Detecting and Addressing Developmental and Behavioral Problems in Children*. Nashville, TN : Ellsworth and Vandermeer Press.

Goulet, D. (2012). *SOL-1020-02 - Notes du cours 4* [Présentation PowerPoint]. Repéré dans l'environnement Portail étudiant : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/pcow021?owa_annee_session=20121&owa_sigle=SOL1020&owa_groupe=02

Gouvernement du Canada. (2014). Loi canadienne sur la santé. Repéré à <http://lawslois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/page-1.html#docCont>

Gouvernement du Québec. (2014). Accès aux services généraux et spécialisés. Repéré à <http://santecapitalenationale.gouv.qc.ca/a-propos-de-nous/organisation-des-services/fonctionnement-du-reseau/acces-aux-services-generaux-et-specialises/#c1938>

Institut de la statistique du Québec. (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec : Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/>

- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jorden, H., Mawhood, L. et Schopler, E. (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule : A standardized Observation of communicative and Social Behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19, 185-212.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux : les programmes-services et les programmes-soutien*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-710-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-00908.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2008). *Le système de santé et de services sociaux au Québec*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2013). Centre de santé et de services sociaux. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2014). Déficience physique. Repéré à http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/personnes_handicapees/index.php?deficience_physique
- Mosey, A.C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New-York : Raven Press.
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie en milieu scolaire*. Repéré à http://www.oeq.org/userfiles/File/Publications/Chroniques/Milieu_Scolaire.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2012). L'ergothérapie auprès de l'enfant qui présente un retard de développement. Repéré à <http://www.oeq.org/publications/documentsprofessionnels/tr-dev-enfant1.fr.html>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2013). La profession. Repéré à <http://www.oeq.org/profession/profession.fr.html>
- Polatajko, H.J., Craik, J., Davis, J. et Townsend, E.A. (2013). Cadre conceptuel du processus de pratique canadien. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko, *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. P. 274, Ottawa, ON : CAOT Publications ACE

- Robins, D. L., Fein, D., Barton, M. L., et Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism of Developmental Disorders*, 31(2), 131–144
- Stephens, L., Tauber, S. et Teeters Myers, C. (2010). Early intervention. Dans Case-Smith, J. et O'Brien Clifford, J. (dir.), *Occupational therapy for children* (6^e éd., p.681-711). Maryland Heights, Missouri : Mosby Elsevier
- Talbot, G. (1993). *Batterie d'évaluation Talbot*. Montréal : Hôpital St-Justine.
- Townsend, EA., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., Stewart, D. et Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend et H.J. Polatajko (dir), *Habilitier à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2^e éd., p. 103-158). Ottawa, Ontario : CAOT Publications ACE

ANNEXE A
AUTORISATION DES AUTEURS POUR REPRODUIRE LE MCPP



Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

CAOT Publications ACE
Demande d'autorisation d'utiliser du matériel protégé par le droit d'auteur

10 Décembre 2014

Mélanie Tétreault
997 Boulevard des Récollets
Trois-Rivières (Québec)
G8Z 3W7

Madame,

Selon votre requête, vous souhaitez obtenir l'autorisation d'utiliser la figure 9.1 du diagramme du MCPP afin de la présenter dans votre projet de maîtrise : « La pratique dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0-17 ans. » que vous défendrez à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Figure 9.1 (MCPP) Modèle canadien du processus de pratique, dans Polatajko H., Townsend E., Craik, J. (2013). *Habiller à l'occupation – Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa, ON, CAOT Publications ACE, p. 274.

L'autorisation d'utiliser la figure citée ci-dessus vous est accordée pour une seule fois, à la condition que la source de la figure soit citée. Veuillez vous assurer que la référence complète de la source accompagne la figure, pour indiquer que l'utilisation de la figure a été autorisée par CAOT Publications ACE. Cette autorisation est strictement réservée à l'usage mentionné ci-dessus et ne comprend pas de droit d'utilisation pour tout autre usage, comme de futures éditions ou traductions.

Merci.

Cordialement,

Stéphane Rochon
Administrateur aux publications de l'ACE

ANNEXE B QUESTIONNAIRE

Section I : Consentement

1. Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Mélanie Tétreault, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

En répondant oui à cette question, vous confirmez avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Le rôle de l'ergothérapeute dans les services de première ligne au Québec auprès des enfants âgés de 0 à 17 ans*. Vous avez bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de votre participation. Vous confirmez que la chercheuse principale a répondu à toutes vos questions, à votre entière satisfaction. Vous avez disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à votre décision de participer ou non à cette recherche. Vous comprenez que votre participation est entièrement volontaire et que vous pouvez décider de vous retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche Oui ☐ Non ☐

Section II : Sondage

2. Pour quel CSSS travaillez-vous ? Si possible, précisez pour quel CLSC ou CH.

CSSS : _____ CLSC/CH : _____

3. Quel est votre horaire de travail (temps plein/temps partiel)?

1 jour/semaine	2 jours/semaine	3 jours/semaine	4 jours/semaine	5 jours/semaine
----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

4. De quel(s) programme(s) faites-vous partie ? (ex : programme jeunes en difficulté 0-17 ans)

5. Quel est votre nombre d'années d'expérience avec la clientèle pédiatrique dans les CSSS ?

Moins d'un an	1-3 ans	3-5 ans	5-7 ans	7-10 ans	10-15 ans	15 ans et plus
---------------	---------	---------	---------	----------	-----------	----------------

6. À quel nombre de clients s'élève votre charge de travail ?

7. Quel est l'âge minimal et maximal de votre clientèle, tout programme confondu ?

Âge minimal : _____ Âge maximal : _____

8. Quelle tranche d'âge représente la majorité de votre clientèle, tout programme confondu ?

0-5 ans	5-11 ans	11-17 ans
---------	----------	-----------

9. Qui sont le(s) référent(s) des demandes de service dans votre(vos) programme(s) d'ergothérapie ?

Médecins	Parents	Milieus de garde	Milieus scolaire	Membres de l'équipe de travail	Autre :
----------	---------	------------------	------------------	--------------------------------	---------

10. En moyenne, combien de clients rencontrez-vous dans une journée de travail ?

Moins d'un client/jour	1 client/jour	2 clients/jour	3 clients/jour	4 clients/jour	Autre :
------------------------	---------------	----------------	----------------	----------------	---------

11. Pendant combien de temps suivez-vous un client en moyenne ?

Mois d'un mois	1-3 mois	3-5 mois	5-7 mois	7-9 mois	9-11 mois	Autre :
----------------	----------	----------	----------	----------	-----------	---------

12. À quelle fréquence rencontrez-vous vos clients en moyenne ?					
1 fois/mois	2 fois/mois	1 fois/semaine	2 fois/semaine	3 fois/semaine	Autre :
13. Effectuez-vous du dépistage ? Si oui, quels outils utilisez-vous et de quelle façon le faites-vous ?					
Oui/Non	Ages & Stages Questionnaires (ASQ)	Nipissing District Developmental Screen (NDDS)	Modified Checklist for Autism in Toddlers (M- CHAT)	Parents' Evaluations of Developmental Status (PEDS)	
Observation informelle	Conjointement à un autre professionnel	En individuel	En groupe	Autre :	
14. Quel est le nombre moyen de rencontres d'évaluation utilisées avec chaque client ? Y a-t-il un maximum de rencontres permises ? Selon vous, ce nombre est-il suffisant pour répondre aux besoins de votre clientèle ? Si non, combien seraient nécessaires ?					
Nombre moyen :		Nombre maximum (s'il y a lieu) :		Nombre de rencontre suffisant (oui/non) ? :	Nombre idéal (s'il y a lieu) :
15. Quelles évaluations utilisez-vous avec votre clientèle ?					
Peabody Developmental Motor Scales (PDMS-2)	Mouvement ABC (MABC-2)	Bayley Infant Neurodevelopmental Screen	Miller Functional and Participation Scale (M-Fun)	Profil sensoriel de Dunn (ITSP)	
Sensory Processing Measure (SPM)	Beery Visual Motor Integration (VMI-Beery)	Batterie Talbot	Brigance Screens-II	Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT-2)	
Test of Visual-Perceptual Skills (TVPS)	Test of Visual-Motor Skills (TVMS)	DeGangi Berk	Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland-II)	Autre :	
16. Effectuez-vous des évaluations en milieu naturel (ex : service de garde, domicile, milieu scolaire) ? Si oui, quel pourcentage des évaluations est effectué de cette façon ?					
Oui/Non :		% :		Milieu :	
17. Décrivez une évaluation typique :					
18. Quel est le nombre moyen de rencontres d'interventions utilisées avec chaque client ? Y a-t-il un maximum de rencontres permises ? Selon vous, ce nombre est-il suffisant pour répondre aux besoins de votre clientèle ? Si non, combien seraient nécessaires ?					
Nombre moyen :		Nombre maximum (s'il a lieu):		Nombre suffisant (oui/non) :	Nombre idéal (s'il y a lieu) :
19. Effectuez-vous des interventions en milieu naturel (ex : domicile, service de garde, milieu scolaire) ? Si oui, quel pourcentage des interventions est effectué de cette façon ?					
Oui/Non :		% :		Type de milieu :	
20. Décrivez une intervention typique :					

21. Avez-vous à vous déplacer dans les milieux de vie du client (domicile, milieu de garde, milieu scolaire, etc.). Si oui, combien de kilomètres de transport sont effectués chaque mois ?								
Oui/Non	Moins de 50 km	50-150 km	150-300 km	300-450 km	450-600 km	600-750 km	750-1000 km	Autre :
22. Quel est votre mandat principal auprès de votre clientèle ?								
23. Selon vous, pour quelles raisons doit-il y avoir des ergothérapeutes dans les CSSS auprès de la clientèle pédiatrique ?								
24. Y a-t-il des critères nécessaires à retrouver chez le client pour bénéficier de vos services ? Si oui, quels sont-ils ?								
25. Quels sont les troubles ou diagnostics suspectés les plus rencontrés chez votre clientèle ?								
26. À quel moment réfèrez-vous un client vers des services de deuxième ligne ?								
27. Comment les services que vous offrez se distinguent-ils de ceux offerts en deuxième ligne ?								
28. Arrive-t-il que les critères d'admissibilité des différents établissements limitent l'accès d'un client aux services de première ou de deuxième ligne? Si oui, existe-t-il d'autres démarches afin d'accéder à ces services et quelles sont-elles ?								
29. Selon vous, y a-t-il un manque de services ? Si oui, comment cela peut-il être comblé ?								
30. Y a-t-il une liste d'attente en ergothérapie dans votre service ? Si oui, à quel nombre s'élève-t-elle et qui en fait la gestion ?								
Présence d'une liste d'attente :		Nombre d'enfants en attente :		Nombre de mois d'attente :		Gestionnaire de la liste :		
31. Quelles sont les techniques utilisées afin de gérer la liste d'attente ?								
32. Actuellement, quels sont les plus grands besoins ressentis professionnellement dans votre pratique au quotidien ? Quelle serait la solution idéale à apporter à ces problèmes ?								

ANNEXE C

OUTILS D'ÉVALUATIONS UTILISÉS PAR LES PARTICIPANTS

Tableau 1. *Outils d'évaluation utilisés par les participants*

Évaluation	Nombre de participants qui l'utilise
Compagnon scolaire	1
<i>Desing copyng test</i>	1
<i>Developmental Test of Visual Perception</i>	1
Échelle des défenses tactiles	1
L'inventaire des incapacités motrices dans l'évaluation pédiatrique	1
<i>Motor accuracy test</i>	1
Observations perceptivo-cognitive de l'Institut de réadaptation physique du Québec	1
Profil psycho-éducatif 3	1
Protocole d'évaluation de l'écriture de Natasha Rouleau	1
Questionnaire sensori-moteur du CHARL	1
<i>Test of Sensory Integration for Infants</i>	1
<i>Alberta infant motor scale</i>	2
<i>Bayley Infant Neurodevelopmental Screem</i>	2
Dessin du bonhomme de Bakwin	2
Manipulations dans la main selon Exner	2
Observations cliniques de Ayres	2
Mise en situation	3
Outils maison	3
<i>Test of Visual-motor Skills</i>	3
<i>Miller Function and Participation Scales</i>	5
<i>Sensory Processing Measure</i>	6
DeGangi Berk	8
<i>Miller Assessment for Preschoolers</i>	9
<i>Test of Visual-Perceptual Skills</i>	9
<i>Mouvement ABC-2</i>	11
<i>Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency</i>	12
<i>Peabody Developmental Motor Scales</i>	14
Profil sensoriel de Dunn	18
<i>Beery Visual Motor Integration</i>	19
Batterie Talbot	23